

資格取得届

記入例

被保険者証 記号番号※	薬国																			
(フリガナ) 薬局名	コクホヤッキョク 国保薬局 薬局開設許可証に記載の薬局の名称																			
(フリガナ) 薬局住所	〒540-0019 TEL (06) 6000-0000 オオサカフ オオサカシチュウオウクイズミマチ 大阪府 大阪市中央区和泉町〇丁目〇番〇号 薬局開設許可証に記載の薬局の所在地																			
(フリガナ) 自宅住所	〒540-1234 TEL (078) 000-0000 ヒョウゴケン コウベシチュウオウク 兵庫県 神戸市中央区〇〇町〇丁目〇番〇号 住民票記載の住所																			
	氏名	性別	世帯主との続柄	年号	生年月日	職業	※備考													
(フリガナ) 1	キンヤク 近 薬 健	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住民票記載の 続柄 世帯主	<input type="checkbox"/> 昭 和 <input checked="" type="checkbox"/> 平 成 <input type="checkbox"/> 令 和	99年99月99日	<input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師 必ずご記入ください <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください ()	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者													
(フリガナ) 2	キンヤク 近 薬 元 気	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	子	<input type="checkbox"/> 昭 和 <input checked="" type="checkbox"/> 平 成 <input type="checkbox"/> 令 和	99年99月99日	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input checked="" type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください (無 職)	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者													
(フリガナ) 3		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭 和 <input type="checkbox"/> 平 成 <input type="checkbox"/> 令 和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください ()	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者													
(フリガナ) 4		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭 和 <input type="checkbox"/> 平 成 <input type="checkbox"/> 令 和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください ()	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者													
(フリガナ) 5		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭 和 <input type="checkbox"/> 平 成 <input type="checkbox"/> 令 和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください ()	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者													
資格取得 事由(○印)	1. 社会保険離脱 2. 出生 3. 市町村国保喪失及びその他 4. 支部変更 5. 資格変更 今迄に加入されていた健康保険に○を																			

雇用を開始された年月日

1. 上記のものは当薬局又は医薬品販売業の従業員として 99年99月99日より雇用していることを証明します。

2. 上記組合員にかかる保険料の納付及び被保険者証の使用に関して一切の責任をもつことを誓約します。

記入された年月日
令和 99年99月99日

事業主の方がご記入ください 住所 大阪府 大阪市中央区〇丁目〇番〇号 住民票記載の住所
1種(事業主)組合員
氏名(自署) 薬 国 太 郎

上記の通りお届けいたします。

記入された年月日
令和 99年99月99日

加入される組合員ご本人が
ご記入ください 住所 兵庫県 神戸市中央区〇〇町〇丁目〇番〇号 住民票記載の住所
組合員
氏名(自署) 近 薬 健

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様

※(事務処理欄)

受 付 印	資格取得 年月日	令和 年 月 日		
	当 月	収入原簿	異動整理簿	
		第2号被保険者	円	当 月
	週及	円	週及	円
	計	円	計	円
過年度	円	年 月 分		

決	理 事	事務長	課 長	主担当	副担当
裁					
令和 年 月 日					

入力済

区 分	1	2	3	4	家族
等 級					
賦課限度額適用	<input type="checkbox"/> 医療保険料 <input type="checkbox"/> 後期支援保険料 <input type="checkbox"/> 介護保険料				
薬剤師会在籍確認	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 大阪府薬剤師会 <input type="checkbox"/> 兵庫県薬剤師会				
被保険者証交付	令和 年 月 日				

資格取得届 (別紙)

被保険者証
記号番号※

薬国

-

-

1. 加入するものの個人番号は次のとおりです。

	フリガナ		個人番号/マイナンバー (12桁)											
	氏名													
1	キンヤク	ケン	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	近 薬	健												
2	キンヤク	ゲンキ	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	近 薬	元 気												
3														
4														
5														

2. 従前の健康保険等の加入状況

- 国民健康保険 記号 番号 [保険者名 ○○○健康保険組合]
- 社会保険 記号 ○○○○ 番号 ○○○○ [資格喪失日 99年99月99日 ・ 加入中]
- どこにも加入していなかった
- 出生

3. 住民票上同一世帯であるが当国保組合に加入しない家族の健康保険等加入状況 (注③)

氏名	現在加入している健康保険等
近 薬 良 子	<input type="checkbox"/> 健康保険組合・全国健康保険協会 (協会けんぽ) <input checked="" type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 健康保険組合・全国健康保険協会 (協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 健康保険組合・全国健康保険協会 (協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 ()

注：同一世帯の家族の方が市町村国保に加入している場合は、全員で当組合に加入していただくか、全員市町村国保に加入するかのいずれかになります。

上記のとおり必要書類を添えてお届けします。

記入された年月日

令和 99 年 99 月 99 日

組合員本人がご記入ください
組合員氏名(自署)

近 薬 健

個人番号
マイナンバー

7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様

- 【ご注意】
- この届は組合員及びその家族が加入される時に使用するものです。
 - 本人確認(番号・身元確認)の書類を添付してください。
 - 同一世帯の家族の方が市町村国保に加入している場合は、全員で当国保組合に加入するか、全員市町村国保に加入するかのいずれかになります。
 - ※印の欄は記入しないでください。