

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	ナニワヤッキョク 浪速薬局 薬剤師の資格を有する専門職として業務に携わっている勤務先の名称																			
(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 勤務先の所在地																			
(フリガナ) 自宅住所	〒540-1234 TEL (06) 6000-0000 オオサカフ オオサカシチュウオウク 大阪府 大阪市中央区〇丁目〇番〇号 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	ヤクコク 薬国 太郎	男	住民票記載の 続柄 世帯主	昭和 平成 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	ヤクコク 薬国 花子	女	妻	昭和 平成 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		男 女		昭和 平成 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		男 女		昭和 平成 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		男 女		昭和 平成 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. <input checked="" type="checkbox"/> 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																			

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 ~~年 月 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
加入される組合員ご本人が
ご記入ください
1種（事業主）組合員
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
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
組合員
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
氏名（自署） 薬国 太郎

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	
	収入原簿		異動整理簿			
	当 月	第2号被保険者 円	当 月	第2号被保険者 円	人	
	遡 及	円	遡 及	円	人	
	計	円	計	円	人	
過 年度	円	年	月	分		

決 裁	理事	事務長	課長	主担当	副担当
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	ヤクコク タロウ 薬国 太郎	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3
2	ヤクコク ハナコ 薬国 花子	3	3	3	3	2	2	2	2	1	1	1	1
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
薬国 三郎	<input checked="" 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（ ）
	<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）

薬国 太郎

個人番号
マイナンバー

1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3

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。

2種組合員調査票

1. 業務内容（該当する項目に✓をつけてください）

<input type="checkbox"/>	①	薬剤師等を育成する教育機関等の講師（教師）
<input type="checkbox"/>	②	審査支払機関における診療報酬明細書等の審査に携わる者
<input type="checkbox"/>	③	学校薬剤師
<input type="checkbox"/>	④	検診業務等地域の公衆衛生活動に携わる者
<input type="checkbox"/>	⑤	研究機関等において薬事に関する調査・研究を行う者
<input type="checkbox"/>	⑥	薬剤師会（支部を含む）・国保組合、その他薬事関係団体の役員、委員、議員等
<input checked="" type="checkbox"/>	⑦	薬局又は医療機関等に勤務する薬剤師（非常勤勤務者を含む）
<input type="checkbox"/>	⑧	その他 ※具体的にご記入ください ()

2. 勤務形態（いずれかに✓をつけてください）

<input checked="" type="checkbox"/>	①	常勤	<input type="checkbox"/>	②	非常勤・アルバイト
目安となる勤務日数		1週間	・	1ヶ月	・ 1年間 のうち 21 日位

3. 勤務場所又は事業所名

住所	大阪府 大阪市中央区和泉町〇丁目〇番〇号
事業所名	浪速薬局

4. 勤務証明 ※いずれかの方法で証明が必要です

<input type="checkbox"/>	上記の薬剤師の資格を有する専門職として業務に携わっていることを、書類の写しをもって証明します。 (例) 学校薬剤師任命書、委嘱状、雇用契約書、給与明細書等の写し、法人事業所に勤務している場合は、非常勤とわかる書類など
または	
<input checked="" type="checkbox"/>	薬剤師の資格を有する専門職として業務に携わっていることを勤務先の事業主が証明いたします。
上記の通り、薬剤師の資格を有する専門業務に携わる従業員として 99年 99月 99日より雇用していることを証明します。	
住所	大阪府 大阪市中央区和泉町〇丁目〇番〇号
事業所名称	浪速薬局
事業主氏名（自署）	浪速 小春

5. 薬剤師会加入状況（いずれかに✓をつけてください）

<input checked="" type="checkbox"/>	①	大阪府薬剤師会在籍	<input type="checkbox"/>	②	兵庫県薬剤師会在籍
-------------------------------------	---	-----------	--------------------------	---	-----------

6. 保険料自動振替口座 ※保険料の口座振替は毎月24日（休業日の場合は翌営業日）です

保険料自動振替（三井住友・三菱UFJ・池田泉州・ゆうちょ銀行の内から一つ選んでください。）					
指定口座	ゆうちょ	銀行	〇〇〇	本・支店・出張所	普通・当座
	口座番号	9 9 9 9 9 9 9	(フリガナ)	ヤクコク	タロウ
			名義	薬国	太郎

上記のとおり、申請いたします。

令和 99年 99月 99日

組合員氏名（自署） 薬国 太郎

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様