3種組合員(薬剤師以外)

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	〒 5 4 0 − 0 0 1 9　　TEL（ 06 ）6○○○ — ○○○○ 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○丁目○番○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	〒 5 4 0 − 1 2 3 4　　TEL（ 078 ）○○○ — ○○○○ 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○○町○丁目○番○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	ケン 健	☑男 ☐女	住民票記載の続柄 世帯主	☐昭和 ☐平成 ☑令和	99年99月99日	☐薬剤師 必ずご記入ください ☑登録販売者 ☐調剤事務 ☐その他の方は必ずご記入ください（　）	☐第2号被保険者
(フリガナ) 2	キンヤク 近　薬	ゲンキ 元　気	☑男 ☐女	子	☐昭和 ☐平成 ☑令和	99年99月99日	☐薬剤師 ☐登録販売者 ☐調剤事務 ☑その他の方は必ずご記入ください（無　職）	☐第2号被保険者
(フリガナ) 3			☐男 ☐女		☐昭和 ☐平成 ☐令和	年　月　日	☐薬剤師 ☐登録販売者 ☐調剤事務 ☐その他の方は必ずご記入ください（　）	☐第2号被保険者
(フリガナ) 4			☐男 ☐女		☐昭和 ☐平成 ☐令和	年　月　日	☐薬剤師 ☐登録販売者 ☐調剤事務 ☐その他の方は必ずご記入ください（　）	☐第2号被保険者
(フリガナ) 5			☐男 ☐女		☐昭和 ☐平成 ☐令和	年　月　日	☐薬剤師 ☐登録販売者 ☐調剤事務 ☐その他の方は必ずご記入ください（　）	☐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

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（雇用を開始された年月日）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

事業主の方がご記入ください
1種（事業主）組合員　住所　大阪府　大阪市中央区○丁目○番○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　兵庫県　神戸市中央区○○町○丁目○番○号　住民票記載の住所
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	
	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　人
	遡及	円	遡及 人
	計	円	計 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	☐医療保険料 ☐後期支援保険料 ☐介護保険料
薬剤師会在籍確認	令和　年　月　日 ☐大阪府薬剤師会 ☐兵庫県薬剤師会
被保険者証交付	令和　年　月　日

（500枚）

3種組合員(薬剤師以外)

資格取得届（別紙）

記　入　例

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 氏　　名	個人番号／マイナンバー（12桁）
1	キンヤク　　ケン 近　薬　　健	7 7 7 7　7 7 7 7　7 7 7 7
2	キンヤク　　ゲンキ 近　薬　　元　気	8 8 8 8　8 8 8 8　8 8 8 8
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

☑ 社会保険　記号 ○○○○　番号 ○○○○

☐ どこにも加入していなかった

☐ 出　生

［保険者名　○○○健康保険組合
資格喪失日　99 年 99 月 99 日 ・ 加入中］

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	☐ 健康保険組合・全国健康保険協会（協会けんぽ）　☑ 共済組合 ☐ 後期高齢者医療制度　☐ その他（　　）
	☐ 健康保険組合・全国健康保険協会（協会けんぽ）　☐ 共済組合 ☐ 後期高齢者医療制度　☐ その他（　　）
	☐ 健康保険組合・全国健康保険協会（協会けんぽ）　☐ 共済組合 ☐ 後期高齢者医療制度　☐ 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〕 ① 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。
② 本人確認（番号・身元確認）の書類を添付してください。
③ 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。
④ ※印の欄は記入しないでください。