

ご家族の加入手続きについて

組合へご提出いただく書類

必要事項をご記入の上、下記書類を当組合までお送りください。

- 1 資格取得届
- 2 資格取得届（別紙） ※組合員本人が記入してください。
- 3 加入される家族が今まで加入していた健康保険の喪失証明書
- 4 個人番号の記載のある世帯全員の住民票

※3ヶ月以内に交付されたもの。外国籍の方は記載事項に省略のないもの。続柄の記載のあるもの。
薬剤師国保に加入しない方の個人番号は必要ありません。

返送用宛名ラベル ↓点線を切り取ってお使いください

〒540-0019

大阪府中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会 西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合 行

近畿薬剤師国民健康保険組合

〒540-0019大阪府中央区和泉町1丁目3番8号 大阪府薬剤師会 西館2階 ☎ (06) 6946 - 9151

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				
2				
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
- 社会保険 記号 番号 [資格喪失日 年 月 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
	<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 ()
	<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 ()

上記のとおり必要書類を添えてお届けします。

令和 年 月 日

組合員氏名 (自署)

個人番号
マイナンバー

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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。

マイナンバー保護封筒

個人番号に関する書類は、組合員本人
がこの封筒に封入し、その他書類と一
緒に組合へご提出ください

個人番号に関する書類は、組合員本人
がこの封筒に封入し、その他書類と一
緒に組合へご提出ください

マイナンバー保護封筒

【組合へ加入するとき】

- 資格取得届（別紙）
- 個人番号の記載のある世帯全員の住民票
- 組合員本人確認書類
（ご家族分は必要ありません）

【組合をやめるとき】

- 資格喪失届（別紙）

【住所や氏名の変更のとき】

- 被保険者住所/氏名変更届
- 個人番号の記載のある世帯全員の住民票

【その他の申請手続き】

- 被保険者証・高齢受給者証再交付申請書
- 療養費支給申請書
- 限度額適用認定申請書
- 出産育児一時金支給申請書
- 葬祭費支給申請書
- 個人番号の記載のある世帯全員の住民票
（提出が必要な場合）

近畿薬剤師国民健康保険組合

の
り
し
ろ

A4 四つ折りサイズが入ります。
切り取ってお使いください ✂

返信用宛名ラベル

点線を切り取ってお使いください
-----✂-----

〒540-0019

大阪府中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会 西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合 行

〒540-0019

大阪府中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会 西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合 行

〒540-0019

大阪府中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会 西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合 行

※ 郵送の場合、個人情報の漏えいを防止する観点から簡易書留や特定記録など、郵便物の追跡が可能な方法で郵送していただけるようお願いいたします。

近畿薬剤師国民健康保険組合