

赤ちゃん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 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

大阪市中央区和泉町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大阪市中央区和泉町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



被保険者証 記号番号※	薬国								
(フリガナ) 薬局名									
(フリガナ) 薬局住所	〒 □□□-□□□□		TEL ()		—				
(フリガナ) 自宅住所	〒 □□□-□□□□		TEL ()		—				
	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)			<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	
1			<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)			<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	
2			<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)			<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	
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)			<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	
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)			<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	
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				

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。

令和 年 月 日

住所

1種(事業主)組合員 氏名(自署)

上記の通りお届けいたします。

令和 年 月 日

住所

組合員 氏名(自署)

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	理事	事務長	課長	主担当	副担当
裁					
令和 年 月 日					

区分等級	1	2	3	4	家族
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				
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

出産育児一時金の支給申請について

【支給対象】

- ・ 医療機関等で直接支払制度を利用しなかった方
- ・ 出産費用が出産育児一時金の支給額以内であった方(差額支給申請)
- ・ 妊娠4ヶ月(12週・85日)以上で出産した方(流産・死産・人工妊娠中絶を含む)

【支給額】

一児につき500,000円※(ただし、妊娠22週未満の出産、産科医療補償制度未加入医療機関等での出産の場合は488,000円※)

※令和5年4月1日以前の出産の場合、一児につき420,000円(ただし、妊娠22週未満の出産、産科医療補償制度未加入医療機関等での出産の場合は408,000円)

なお、医療機関等で直接支払制度を利用し、出産費用が出産育児一時金の支給額を下回った場合は、その差額分(差額支給申請)

【組合へご提出いただく書類】

出産育児一時金支給申請書

直接支払制度を利用していない場合は以下3点の書類を添付してください

1. 出産の事実を証明できる、**母子健康手帳**の出生届出済証明欄の写し
※流産・死産の場合は妊娠週数12週以上の出産を証明できるページの写し
2. 医療機関等から交付された、直接支払制度を利用しない旨を記載した**合意文書**の写し
3. 出産費用の**領収・明細書**の写し
※産科医療補償制度に加入している医療機関等において出産した場合は制度加入機関であることを証明するスタンプの押印があること

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

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

国民健康保険 出産育児一時金支給申請書

被保険者証記号番号	薬国	-		-			
母親の氏名 及び生年月日	昭和・平成 年 月 日			母親の個人番号（マイナンバー）			
分娩年月日	令和 年 月 日						
分娩の種類	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 早産（ 週） <input type="checkbox"/> 流産（ 週） <input type="checkbox"/> 死産（ 週）						
直接支払制度	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない						
産科医療補償制度加算	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し						

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

申請者 住所
(組合員)

氏名(自署)

電話番号

()

申請者の個人番号（マイナンバー）

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

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様

振 込 先 欄	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合			本店・支店 出張所
	預金種目	普通 ・ 当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

直接支払制度を利用していない場合は、以下3点の書類を添付してください。

1. 出産の事実を証明できる、母子健康手帳 出生届出済証明欄の写し。
※流産・死産の場合は妊娠週数12週以上の出産を確認できるページの写し。
2. 医療機関等から交付された、直接支払制度を利用しない旨を記載した合意文書の写し。
3. 産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合は、制度加入機関であることを証明するスタンプが押印されている領収書の写し。

※(事務処理欄)

受 付 印	出産育児一時金の額 (A)	<input type="checkbox"/> 500,000円 <input type="checkbox"/> 420,000円 <input type="checkbox"/> 488,000円 <input type="checkbox"/> 408,000円						
	医療機関直接支払額 (B)	円	差 額 支 給 額 (A)-(B)	円				
	支 給 決 定 金 額		決 裁	理 事	事 務 長	課 長	主 担 当	副 担 当
	¥ _____							
令和 年 月 日 決定								