

資格取得届

記入例

被保険者証 記号番号※	薬国	9	9	9	9	—	9	9	9	—	9	9	9
(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)	キンヤク ユキ	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	住民票記載の 続柄 子	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	99年99月99日	<input 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 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)		<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						
(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						
(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						
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 ~~年 月 日~~より雇用していることを証明します。 ←ご記入不要

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

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	
	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	
	週 及	円	週 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 9 9 9 9 - 9 9 9 - 9 9 9

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	ユキ	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
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	
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。

国民健康保険 出産育児一時金支給申請書

記入例

被保険者証記号番号	薬国	9	9	9	9	-	9	9	9	-	9	9	9					
母親の氏名 及び生年月日	近薬良子					母親の個人番号（マイナンバー）												
	昭和・平成	99	年	99	月	99	日	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3
分娩年月日	令和99年99月99日																	
分娩の種類	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し																	

上記のとおり申請いたします。

*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

申請者 住所 **大阪市中央区和泉町〇丁目〇番〇号**
(組合員)

氏名(自署) **近薬健** 電話番号 **06 (6000) 0000**

申請者の個人番号（マイナンバー）

7 7 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

振 込 先 欄	金融機関名	国保	銀行・信用金庫 農協・信用組合	薬国	本店・支店 出張所	
	預金種目	普通	当座	口座番号	9 9 9 9 9 9 9 9	
	フリガナ	キンヤクケン				
	口座名義人	近薬健			*組合員本人名義の口座をご記入ください	

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				