≪ 加 入 時 の 現 状 書 ≫

① 今までどの健康保険に加入していましたか？

1. どこにも加入していなかった
2. 加入している（していた）　（ア）国民健康保険　（イ）社会保険※1

注）※　社会保険とは、協会けんぽ、共済組合、健保組合、船員保険等です。

3. 現在、生活保護の受給を受けていますか？　（ア）はい　（イ）いいえ

注）※　該当の場合、国民健康保険法第６条に基づき加入できません。

※扶養家族のみ加入は④へお進み下さい。

②【国民健康保険法第 19 条に基づき】（同一世帯のご家族についてお聞きします）現在どの健康保険に加入していますか？（薬剤師国保では新規加入の場合、同一世帯の国保加入者の組合加入の有無を確認させていただきます。）

（ア）市町国民健康保険　◎本人との続柄（　　）（　　）
（イ）社会保険　◎本人との続柄（　　）（　　）
（ウ）その他　◎本人との続柄（　　）（　　）

③ 職種について【 必 須 】

1. 薬剤師　2．事務職　3．その他（　　）

④ 加入者及び加入される扶養家族の健康状態について　【 正直にご記載願います。】

1．良好
2．良好ではない【続柄：本人、妻、子等】
・入院している【続柄】＿＿＿＿＿＿　平成・令和　年　日から　傷病名＿＿＿＿＿＿
・通院している【続柄】＿＿＿＿＿＿　平成・令和　年　日から　傷病名＿＿＿＿＿＿

3．過去１年間に係る既往歴で指定難病疾患・悪性新生物・重篤な精神病（統合失調症等）等の疾病で受診した事はありますか？【続柄】＿＿＿＿＿＿　・はい　・いいえ
・上記に係る通院及び入院頻度は、どれくらいですか？　・　ヶ月に　回　通院
・　ヶ月に　回　入院

※以上、上記内容について万一記載事項の相違又は異常な診療行為及び受診が生じた場合は、加入時を遡り資格を取り消され、かつ、その際医療費の返還を請求されても異議ありません。

令和　年　月　日

自宅住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

組合員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

福井県薬剤師国民健康保険組合理事長殿

≪新規ご加入の事業主、その他の組合員の方にお聞きします。≫※従業員の方は記載無しで結構です。

●当組合が保険料口座振替の取扱いを行う委託金融機関は下記の通りです。【手数料は組合負担】

1 福井銀行　2 福邦銀行　3 福井信用金庫　4 敦賀信用金庫　5 北陸銀行　6 ゆうちょ銀行

・ご希望の口座振替依頼書を送付致しますので上記銀行より〇を付けてご指定下さい。（毎月 15 日振替）