≪ 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．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。

2．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③へお進み下さい。】

②職種について【 必 須 】

1．薬剤師　　2．事務職　　3．その他　（　　）

③加入審査に係る健康状態について【下記３項目については、正直にご記載願います。】

1．今現在、加入者及び加入される扶養家族の健康状態は

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　　月から　傷病名＿＿＿＿＿＿

・通院している【続柄】＿＿＿＿＿＿　平成・令和　　年　　月から　傷病名＿＿＿＿＿＿

2．過去１年間に係る既往歴で指定難病疾患・悪性新生物（疑い含む）・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

3．過去１年間に上記以外の入院歴がある場合、下記にご記入願います。

傷病名＿＿＿＿＿＿　・　　月　　入院　・　　月　　退院

【入院日数】　　日

・完治されていますか？　・はい　　・継続中

・継続中の方については、具体的に入院（予定）・通院の頻度等ご記載願います。

（　　）

※以上、上記内容について万一記載事項の相違（レセプトにて判明）又は異常な診療行為及び受診等が生じた場合は、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○を付けてご指定下さい。（毎月 15 日振替）