

決裁	理事長	常務理事	事務長	係

**【取得日参考】**

- ◇新規薬局等開設日・他保険離脱日等(事業主・その他)
- ◇新規採用日(従業員)
- ◇出生日・他保険離脱日等(家族追加加入)

## 国民健康保険被保険者 資格取得届

被保険者記号・番号 (国保組合にて記入)	記号	番号	資格取得日 (必須)	令和 年 月 日
	井 業			

組合員区分 (○で記入下さい)	① 事業主	② 従業員 I (薬剤師) ・ II (左記以外)	③ その他の組合員(薬事従事者)
--------------------	-------	---------------------------	------------------

(注)マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限りま

個人番号【マイナンバー】12ケタ ※通知カード参照	組合員との続柄	マイナンバーカードの健康保険証利用登録紐づけ完了の有無	生年月日	◆資格取得事由
資格取得者氏名				
個人番号	本人	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	昭・平・令	番号記載(1~4)
1 (フリガナ)				

※家族の追加加入は、2以降の欄に記入して下さい。

個人番号		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	昭・平・令	・	・	
2 (フリガナ)	男・女					
個人番号		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	昭・平・令	・	・	
3 (フリガナ)	男・女					
個人番号		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	昭・平・令	・	・	
4 (フリガナ)	男・女					
個人番号		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	昭・平・令	・	・	
5 (フリガナ)	男・女					

◆番号を選び資格取得事由欄へ記入して下さい。 1、社会保険離脱 2、市町国保喪失 3、出生 4、その他

※組合員区分③その他の組合員の方は記載不要です。

**【事業主記入欄】**

【事業所所在地】

【事業所名】

【形態】 法人 ・ 個人

【勤務先薬局名】

☎ ( ) -

※上記の通り、個人番号(マイナンバー)制度の発足に伴い下記【※番号確認書類】及び【※1関係書類】を添えて届けます。

**【※番号確認書類】**

加入対象者：組合員のみ	◆組合員の【マイナンバー番号+顔写真(身元確認)】の写し
加入対象者：家族のみ	◆加入する家族の【マイナンバー番号】+組合員の顔写真(身元確認)の写し
加入対象者：組合員と家族	◆組合員の【マイナンバー番号+顔写真(身元確認)】+家族の【マイナンバー番号】の写し

福井県薬剤師国民健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日

自宅住所 〒 -

☎

組合員

氏名

個人番号

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

**【※1関係書類】**

- ①世帯全員分の住民票
- ②加入時の現状書
- ③組合員区分(事業主)・・・開設許可証⑤  
組合員区分(従業員・その他組合員)・・・雇用証明書  
組合員区分(その他組合員)・・・薬剤師免許証⑤、配置従事者身分証⑤等
- ④家族のみ追加加入・・・①, ②, 直近加入保険の⑤
- ⑤個人番号記載に係る提出書類(マイナンバー保護封筒にて)

国保組合記入欄			
発行	台帳	異動簿	組合員区分3に係る判定基準
			1 ・ 2 ・ 3