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)

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　薬			

組合員区分(○でご記入下さい)	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す。

個人番号【マイナンバー】12ケタ ※通知カード参照 / 資格取得者氏名		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
個人番号						番号記載(1～4)
1	(フリガナ) 男・女	本人	□有 □無	昭・平・令	・　・	
※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						
2	(フリガナ) 男・女		□有 □無	昭・平・令	・　・	
個人番号						
3	(フリガナ) 男・女		□有 □無	昭・平・令	・　・	
個人番号						
4	(フリガナ) 男・女		□有 □無	昭・平・令	・　・	
個人番号						
5	(フリガナ) 男・女		□有 □無	昭・平・令	・　・	

◆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】　令和　年　月　日

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

組合員
自宅住所　〒　－
☎　(　　)　－
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㊞
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㊞、配置従事者身分証㊞等
④家族のみ追加加入・・・①，②及び資格喪失日が分かる書類
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