

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 葉			
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です。

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	☐ 有 ☐ 無	昭・平・令	番号記載(1～4)
1 (フリガナ) 男・女				

※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		☐ 有 ☐ 無	昭・平・令	. .	
2 (フリガナ) 男・女					
個人番号		☐ 有 ☐ 無	昭・平・令	. .	
3 (フリガナ) 男・女					
個人番号		☐ 有 ☐ 無	昭・平・令	. .	
4 (フリガナ) 男・女					
個人番号		☐ 有 ☐ 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
【事業主記入欄】 ※組合員区分③その他の組合員の方は記載不要です。
【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
自宅住所 〒 -
☎ () -
組 合 員 氏 名

- 【※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