

理事長	常務理事	事務長	係	年 月 日 起案
				年 月 日 決裁

国民健康保険被保険者等資格取得届(事業主組合員用)

被保険者証記号番号	資格取得年月日	令和 年 月 日
取得事由	4. 出生 2. 社保離脱 9. その他 1 10. 月報外	保険料納入区分
		郵・個・静・信 等級

※太枠のみご記入ください。

事業主組合員	(フリガナ) 氏名	生 年 月 日	性別	組合員との続柄	職業職種 該当箇所に☑を記入
		昭和 平成 令和	年 月 日	男・女	本人
					<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 事務員 <input type="checkbox"/> 販売員 <input type="checkbox"/> その他
	個人番号(マイナンバー) (12ケタ)				

家	(フリガナ) 氏名	生 年 月 日	性別	組合員との続柄	職業職種 該当箇所に☑を記入
		昭和 平成 令和	年 月 日	男・女	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 年金受給者 (年収見込額 円)
	個人番号(マイナンバー) (12ケタ)				

族	(フリガナ) 氏名	生 年 月 日	性別	組合員との続柄	職業職種 該当箇所に☑を記入
		昭和 平成 令和	年 月 日	男・女	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 年金受給者 (年収見込額 円)
	個人番号(マイナンバー) (12ケタ)				

欄	(フリガナ) 氏名	生 年 月 日	性別	組合員との続柄	職業職種 該当箇所に☑を記入
		昭和 平成 令和	年 月 日	男・女	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 年金受給者 (年収見込額 円)
	個人番号(マイナンバー) (12ケタ)				

薬局名称		事業形態 該当の方に○をしてください	個人・法人
------	--	-----------------------	-------

薬局住所	〒		
------	---	--	--

TEL/FAX	— — — —		
---------	---------	--	--

静岡県薬剤師会 入会日又は異動日	年 月 日	郵便物の送付先 該当の方に○をしてください	薬局・自宅
---------------------	-------	--------------------------	-------

事業主組合員住所 (住民票記載の住所)	〒		
------------------------	---	--	--

自宅電話番号(携帯可)	— —		
-------------	-----	--	--

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日 (提出日)

事業主組合員氏名 (印)

静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様 (シャチハタ印不可)

記入方法や添付書類については、裏面をご参照ください。

保証	保台	被台	異動	入力	調定

国民健康保険被保険者等資格取得届(事業主組合員用)

新規に薬局を開局する事業主または事業主の家族が静岡県薬剤師国保組合に加入する際は、資格取得届と加入時の現状書及び添付書類を提出してください。

記入方法 ※太枠のみご記入ください

○事業主組合員の欄 ※家族のみの申請をするときは記入不要。

氏名、フリガナ、生年月日、性別、個人番号（マイナンバー）、職業職種は該当箇所に☑を記入。

○家族の欄

氏名、フリガナ、生年月日、性別、続柄（事業主組合員からみた続柄）、個人番号（マイナンバー）を記入。
職業職種は該当箇所に☑、未就学児はその他に☑を記入。

アルバイト、パートタイマー、年金など収入がある方は、今後1年間の年間収入見込み額を記入。

○事業所の欄

薬局の名称、住所、TEL/FAXを記入。事業形態どちらかに○をしてください。

静岡県薬剤師会の入会日又は異動日を記入。分からない場合は薬剤師会の入会手続きを申請した日を記入。

郵便物の送付先どちらかに○をしてください。※従業員組合員、家族すべての送付先になります。

○事業主組合員の自宅の欄

事業主組合員の自宅住所（住民票記載の住所）、自宅電話番号（携帯電話可）を記入。

○申請者の欄

提出日を必ず記入してください。

事業主組合員の氏名、個人印（シャチハタ印不可）を記入・押印してください。

添付書類

《資格取得者全員（新生児は除く）》

- ①・市町国民健康保険又は被扶養者から加入：現在加入中の「健康保険被保険者証」（写し）（取得者全員分）
- ・それ以外の健康保険から加入：「健康保険脱退証明書原本」（取得者全員の記載があるもの）

【事業主組合員のみ資格取得するとき】

②薬局開設許可証の写し

③個人番号（マイナンバー）の確認書類

「通知カード」又は「個人番号カード（両面）」の写し

④身元確認書類

「運転免許証」「パスポート」など顔写真つきのものいずれかの写し

※③番で「個人番号カード（両面）」の写しを提出した場合は、身元確認もあわせてできるため

④番の書類は必要ありません。

【事業主組合員及びその家族が資格取得するとき】

②薬局開設許可証の写し

③個人番号（マイナンバー）の確認書類

世帯全員の個人番号、続柄が記載された「住民票」（コピー不可）

④身元確認書類

事業主組合員のみ「運転免許証」「個人番号カード（両面）」「パスポート」など顔写真つきのもの
いずれかの写し

⑤資格取得する家族で給与、年金、営業、不動産など収入がある方は、直近の「所得課税証明書等」

⑥大学生・専門学生等の場合は「国民健康保険法第116条届（組合様式）」と「学生証の写し」

【家族が追加で資格取得するとき】

③個人番号（マイナンバー）の確認書類

世帯全員の個人番号、続柄が記載された「住民票」（コピー不可）

⑤給与、年金、営業、不動産など収入がある方は、直近の「所得課税証明書等」

⑥大学生・専門学生等の場合は「国民健康保険法第116条届（組合様式）」と「学生証の写し」