

※内容を確認の上、世帯で一枚ご記入下さい。

加入時の現状書

◎ 薬剤師国民健康保険組合に加入する前日まで加入していた（いる）健康保険に○印をつけて下さい。

1. 市町国民健康保険

※健康保険被保険者証の写しを添付してください。（取得者全員分）

2. 全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合・国民健康保険組合など

※健康保険脱退証明書等を添付してください。（取得者全員の記載があるもの）

3. 被扶養者の方は下記の該当するものに○印をつけて下さい。

（全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合・市町国民健康保険・国民健康保険組合）

※健康保険被保険者証の写しを添付してください。（取得者全員分）

4. 任意継続被保険者

※健康保険脱退証明書等を添付してください。（取得者全員の記載があるもの）

5. どこにも加入していない。

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日の間未加入

◎ 組合員及び加入する家族の健康状態についてご記入下さい。

1. 健康である

2. 健康でない（該当者氏名 _____）

入院している 令和 年 月 日から 傷病名 _____

通院している 令和 年 月 日から 傷病名 _____

以上、上記内容について万一記載事項に相違があった場合は、加入時に遡り資格を取り消され、かつ、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（提出日）

〒

住 所

事業主組合員

氏 名

㊞

（注）署名は本人の自筆、押印はシャチハタ㊞不可

静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

◎ 新規加入の事業所のみ希望する保険料納入方法に○印をつけて下さい。

1. 静岡銀行又はしずおか信用金庫から自動振替 <振込手数料は組合負担>

振替を希望する方に○印をつけて下さい。（ 静岡銀行 ・ しずおか信用金庫 ）

2. 郵便局より払込 : 2ヶ月分をまとめて払込み <振込手数料は組合負担>

3. 上記1以外の銀行より送金 <振込手数料は個人負担>

毎月 25 日までに薬剤師国保組合指定の静岡銀行又はゆうちょ銀行に振込み