

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(従業員組合員用)

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

従業員組合員	(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)				

勤務先薬局店舗	
---------	--

勤務先薬局住所	〒
---------	---

TEL/FAX	— — — —
---------	---------

事業形態 該当の方に○をしてください	個人・法人	法人の場合は法人事業所名称及び法人代表取締役を記入
-----------------------	-------	---------------------------

従業員組合員住所 (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)

従業員組合員氏名

印

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

※太枠のみご記入ください。

従業員または従業員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、加入時の現状書、雇用契約書（従業員のみ）の3枚と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

○従業員組合員の欄 ※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。

○家族欄の欄

氏名、フリガナ、生年月日、性別、続柄（従業員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。

○勤務先の欄

勤務先薬局の店舗名、住所、TEL/FAXを記入。（家族の方が加入する場合は、従業員組合員の勤務先を記入）
事業形態どちらかに○をしてください。

法人の場合は登記簿上の法人名称及び法人代表取締役を記入。

○従業員組合員の自宅の欄

従業員組合員の自宅住所（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。

従業員組合員、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）

【従業員組合員のみ資格取得するとき】

②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

【従業員組合員及びその家族が資格取得するとき】

②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）

③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」

④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」

【子供が生まれたとき】

②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）

※個人番号の取得に日数がかかる場合は、一時的に「母子手帳の写し（出生届出済証明のページ）」を提出。個人番号通知書がお手元に届き次第、個人番号入りの「住民票」を取得し提出して下さい。