

※内容を確認の上、世帯で一枚ご記入下さい。

※加入時に必要な添付書類については、様式第1号の裏面を参照してください。

## 加入時の現状書

◎ 加入申請者全員が直前に加入している健康保険の状況について、氏名と該当する番号を記入してください。また、番号1～3を記入した場合は、健康保険の種別に○印をつけてください。  
資格確認の適正化のため、加入申請をしない他の世帯員についても同様に記入してください。  
 (市町国保に加入、又はどこにも加入していない方は、適正な手続きをお願いする場合があります。)

1. 市町国民健康保険に加入
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に加入
3. 任意継続被保険者
4. 後期高齢者医療制度に加入
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)

| 氏 名 | 番 号 | 種 別   |
|-----|-----|-------|
|     |     | 本人・家族 |

| 氏 名 | 番 号 | 種 別   |
|-----|-----|-------|
|     |     | 本人・家族 |

◎ 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. 入院、もしくは定期的に通院している (該当者氏名 )

入院： 年 月 日から 傷病名 \_\_\_\_\_

通院： 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

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、又はしずおか焼津信用金庫から自動振替  
 振替を希望する方に○印をつけて下さい。( 静岡銀行 ・ しずおか焼津信用金庫 )
2. 組合が送付する郵便振替用紙で、2ヵ月分ずつまとめたの払込み  
 (※現金による払込み手数料 (110円) は自己負担)
3. 任意の銀行より毎月送金 (※振込手数料は自己負担)  
 毎月 25 日までに組合が指定する静岡銀行 又はゆうちょ銀行の口座に振込み