

様式第2号

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

※太枠の該当する箇所のみご記入ください。

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	マイナンバーの健康保険証利用登録の有無
		昭和 年 月 日 平成 年 月 日 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	個人番号(マイナンバー) (12ケタ)					

家族欄	(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	マイナンバーの健康保険証利用登録の有無
		昭和 年 月 日 平成 年 月 日 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	個人番号(マイナンバー) (12ケタ)					

家族欄	(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	マイナンバーの健康保険証利用登録の有無
		昭和 年 月 日 平成 年 月 日 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	個人番号(マイナンバー) (12ケタ)					

家族欄	(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	マイナンバーの健康保険証利用登録の有無
		昭和 年 月 日 平成 年 月 日 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	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 \_\_\_\_\_

事業主組合員氏名 \_\_\_\_\_

静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

記入方法や添付書類については、裏面をご参照ください。

M統	適除	保台	連台	異動	入力	調定

確認書・お知らせ 交付日 令和 年 月 日

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、雇用内容証明書(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)を記入。  
職業職種、マイナンバーカードの保険証利用登録の欄は該当箇所に☑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(未就学児はその他)、マイナンバーカードの保険証利用登録の欄は該当箇所に☑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、従業員組合員氏名、事業主組合員氏名を、必ず記入してください。

#### 添付書類

- ① 個人番号(マイナンバー) 確認書類の写し(加入者のみ)  
・「通知カード」又は「個人番号カード(両面)」の写し
- ② 同一世帯を確認する書類  
・世帯全員の住民票(続柄の省略不可)
- ③ 直前に加入している健康保険の確認書類 ※加入申請者分  
・加入中の方は「健康保険被保険者証」「資格確認書」「資格情報のお知らせ」のうち、どれか1点の写し  
・喪失後の方は「健康保険脱退証明書」の原本  
※従業員の加入時に関わる「健康保険脱退証明書」の提出時期の緩和  
届出時にお手元がない場合は、他の届出書類を先に提出いただき、「健康保険脱退証明書」のみ  
手元に届き次第提出
- ④ 資格取得する家族が大学生・専門学生等の場合は、「学生証」の写し。  
ただし、組合員と住所が違う場合は「国民健康保険法第116条届(組合様式)」も併せて提出

#### 【従業員組合員のみ資格取得するとき】

①～③を添付してください

#### 【従業員組合員及びその家族が資格取得するとき】

①～④を添付してください

#### 【家族を扶養に入れるとき】

①～④を添付してください

※②住民票(続柄の省略不可)は加入希望者  
のみ記載されたもの

#### 【子供が生まれたとき】

②を添付してください

※住民票は続柄と個人番号の記載されたもの