

～資格取得届記入例～

組合員加入	国民健康保険被保険者資格取得届	理事長	副理事長	常務理事	事務長	確認	※	支部長																																																								
	臨時測定額	組合受付印	※資格取得理由(理由欄へ番号記入) ①転入 ②社保離脱 ③生保廃止 ④出生 ⑤公営国保離脱 ⑥開業 ⑦雇入 ⑧婚姻 ⑨組合員の変更 ⑩その他																																																													
①	<table border="1"> <thead> <tr> <th>氏名(漢字)</th> <th>氏名(カナ)</th> <th>性別</th> <th>生年月日</th> <th>続柄</th> <th>個人番号</th> <th>国保組合資格取得年月日</th> <th>理由欄(※)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>兵業 太郎</td> <td>ヒョウヤク タロウ</td> <td>男</td> <td>平 40年10月10日</td> <td>本人</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2</td> <td>平成 28年 1月 1日</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>兵業 花子</td> <td>ヒョウヤク ハナコ</td> <td>女</td> <td>平 40年12月12日</td> <td>妻</td> <td>2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3</td> <td>平成 28年 1月 1日</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>男・女</td> <td>昭・平 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td>平成 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>男・女</td> <td>昭・平 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td>平成 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>男・女</td> <td>昭・平 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td>平成 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>男・女</td> <td>昭・平 年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td>平成 年 月 日</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								氏名(漢字)	氏名(カナ)	性別	生年月日	続柄	個人番号	国保組合資格取得年月日	理由欄(※)	兵業 太郎	ヒョウヤク タロウ	男	平 40年10月10日	本人	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	平成 28年 1月 1日	7	兵業 花子	ヒョウヤク ハナコ	女	平 40年12月12日	妻	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3	平成 28年 1月 1日	2			男・女	昭・平 年 月 日			平成 年 月 日				男・女	昭・平 年 月 日			平成 年 月 日				男・女	昭・平 年 月 日			平成 年 月 日				男・女	昭・平 年 月 日			平成 年 月 日	
氏名(漢字)	氏名(カナ)	性別	生年月日	続柄	個人番号	国保組合資格取得年月日	理由欄(※)																																																									
兵業 太郎	ヒョウヤク タロウ	男	平 40年10月10日	本人	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	平成 28年 1月 1日	7																																																									
兵業 花子	ヒョウヤク ハナコ	女	平 40年12月12日	妻	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3	平成 28年 1月 1日	2																																																									
		男・女	昭・平 年 月 日			平成 年 月 日																																																										
		男・女	昭・平 年 月 日			平成 年 月 日																																																										
		男・女	昭・平 年 月 日			平成 年 月 日																																																										
		男・女	昭・平 年 月 日			平成 年 月 日																																																										
②	資格区分(組合員加入時は、いずれかに○印を付けて下さい) → ①薬局開設(経営)者 / ②保険薬剤師 / ③管理薬剤師 / ④個人加入 / ⑤薬剤師以外の従業員																																																															
③	<table border="1"> <thead> <tr> <th>住所 (住民票所在地)</th> <th>金融機関名</th> <th>支店名</th> <th>種目</th> <th>口座番号</th> <th>フリガナ</th> <th>電話番号</th> <th>薬局(事業所名)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>〒650-0011 兵庫県神戸市中央区下山手通5丁目5番8号</td> <td>銀行 組合</td> <td>支店</td> <td>①普通</td> <td>1 2 3 4 5 6 7</td> <td>兵業 太郎</td> <td>(078) 366-1711</td> <td>〇〇〇薬局</td> </tr> <tr> <td>振替口座</td> <td>信用金庫</td> <td>支店</td> <td>2.当座</td> <td></td> <td>兵業 太郎</td> <td></td> <td>電話番号(078) 382-0064</td> </tr> </tbody> </table>								住所 (住民票所在地)	金融機関名	支店名	種目	口座番号	フリガナ	電話番号	薬局(事業所名)	〒650-0011 兵庫県神戸市中央区下山手通5丁目5番8号	銀行 組合	支店	①普通	1 2 3 4 5 6 7	兵業 太郎	(078) 366-1711	〇〇〇薬局	振替口座	信用金庫	支店	2.当座		兵業 太郎		電話番号(078) 382-0064																																
住所 (住民票所在地)	金融機関名	支店名	種目	口座番号	フリガナ	電話番号	薬局(事業所名)																																																									
〒650-0011 兵庫県神戸市中央区下山手通5丁目5番8号	銀行 組合	支店	①普通	1 2 3 4 5 6 7	兵業 太郎	(078) 366-1711	〇〇〇薬局																																																									
振替口座	信用金庫	支店	2.当座		兵業 太郎		電話番号(078) 382-0064																																																									
⑤	<p>組合加入条件について</p> <p>薬剤師は、薬務(薬事)に従事する、兵庫県 の会員であること。 新規法人薬局(事業所)の加入は、平成9年10月末 日をもって不承認となっております。</p> <p>上記のとおり申請致します。</p> <p>平成 28年 1月 1日</p> <p>組合員氏名 兵業 太郎 印</p> <p>組合員の個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2</p> <p>兵庫県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿</p> <p>福祉医療区分 老 乳 身(その他) (受給者証) 記号 番号</p> <p>組合備考欄</p>																																																															

— 記入箇所 —

① 資格取得者情報記入欄

▶ 今回加入される方全員の情報を入力

◆国保組合資格取得年月日◆

新規雇入れの場合・・・雇入れ日

社保等他保険を脱退後加入の場合・・・以前の健康保険脱退日と同一日

▶ 「理由」については、欄上部の【※資格取得理由】より選んで番号を記入

② 資格区分

▶ 組合員加入の際は必ずいずれかに、○印をつけて下さい。(家族のみ加入の場合は結構です)

③ 世帯情報記入欄

▶ 「住所」は住民票と同じ住所を記入

④ 薬局(事業所名)

▶ 資格取得をされる組合員の勤務先及び電話番号を記入

⑤ 日付・組合員氏名・捺印・組合員の個人番号

▶ 日付は資格取得年月日と同一日

※ 兵庫県薬剤師国保組合支部長の御印鑑を必ずいただいて下さい ※

(支部長印が無い場合はお手続きが出来ません)

～資格取得届記入例（家族のみ加入の場合）～

家族のみ加入 随時調定額 支部名 証番号		国民健康保険被保険者資格取得届					理事長	副理事長	常務理事	事務長	確認	※ 支部長																																																																																																																															
		組合受付印																																																																																																																																									
※資格取得理由（理由欄へ番号記入） ①転入 ②社保離脱 ③生保廃止 ④出生 ⑤公営国保離脱 ⑥開業 ⑦雇入 ⑧婚姻 ⑨組合員の変更 ⑩その他																																																																																																																																											
・資格取得者情報記入欄 <table border="1"> <thead> <tr> <th>氏名(漢字)</th> <th>氏名(カナ)</th> <th>性別</th> <th>生年月日</th> <th>続柄</th> <th colspan="7">個人番号</th> <th>国保組合資格取得年月日</th> <th>理由欄(※)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>兵葉 花子</td> <td>ヒョウヤク ハナコ</td> <td>男・女</td> <td>平成40年12月12日</td> <td>妻</td> <td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td> <td>平成28年1月1日</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>男・女</td> <td>昭・平 年 月 日</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>平成 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>男・女</td> <td>昭・平 年 月 日</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>平成 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>男・女</td> <td>昭・平 年 月 日</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>平成 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>男・女</td> <td>昭・平 年 月 日</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>平成 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>男・女</td> <td>昭・平 年 月 日</td> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>平成 年 月 日</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>												氏名(漢字)	氏名(カナ)	性別	生年月日	続柄	個人番号							国保組合資格取得年月日	理由欄(※)	兵葉 花子	ヒョウヤク ハナコ	男・女	平成40年12月12日	妻	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	平成28年1月1日	2			男・女	昭・平 年 月 日														平成 年 月 日				男・女	昭・平 年 月 日														平成 年 月 日				男・女	昭・平 年 月 日														平成 年 月 日				男・女	昭・平 年 月 日														平成 年 月 日				男・女	昭・平 年 月 日														平成 年 月 日	
氏名(漢字)	氏名(カナ)	性別	生年月日	続柄	個人番号							国保組合資格取得年月日	理由欄(※)																																																																																																																														
兵葉 花子	ヒョウヤク ハナコ	男・女	平成40年12月12日	妻	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	平成28年1月1日	2																																																																																																																									
		男・女	昭・平 年 月 日														平成 年 月 日																																																																																																																										
		男・女	昭・平 年 月 日														平成 年 月 日																																																																																																																										
		男・女	昭・平 年 月 日														平成 年 月 日																																																																																																																										
		男・女	昭・平 年 月 日														平成 年 月 日																																																																																																																										
		男・女	昭・平 年 月 日														平成 年 月 日																																																																																																																										
資格区分（組合員加入時は、いずれかに○印を付けて下さい） → ① 薬局開設（経営）者 / ② 保険薬剤師 / ③ 管理薬剤師 / ④ 個人加入 / ⑤ 薬剤師以外の従業員																																																																																																																																											
・世帯情報記入欄 <table border="1"> <tr> <td>住所 (住民票所在地)</td> <td colspan="5">〒 -</td> <td colspan="2">電話番号 () -</td> <td colspan="4"> 薬局（事業所名） ○○○薬局 電話番号（078）382-0064 </td> </tr> <tr> <td>保険料 振替口座</td> <td>金融機関名</td> <td>支店名</td> <td>種目</td> <td>口座番号</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>銀行・組合 信用金庫</td> <td>支店</td> <td>1.普通 2.当座</td> <td></td> <td>預金者名</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>												住所 (住民票所在地)	〒 -					電話番号 () -		薬局（事業所名） ○○○薬局 電話番号（078）382-0064				保険料 振替口座	金融機関名	支店名	種目	口座番号	フリガナ								銀行・組合 信用金庫	支店	1.普通 2.当座		預金者名																																																																																																		
住所 (住民票所在地)	〒 -					電話番号 () -		薬局（事業所名） ○○○薬局 電話番号（078）382-0064																																																																																																																																			
保険料 振替口座	金融機関名	支店名	種目	口座番号	フリガナ																																																																																																																																						
	銀行・組合 信用金庫	支店	1.普通 2.当座		預金者名																																																																																																																																						
組合加入条件について 薬剤師は、薬務（薬事）に従事する、兵庫県の会員であること。 新規法人薬局（事業所）の加入は、平成9年10月末日をもって不承認となっております。			上記のとおり申請致します。 平成 28 年 1 月 1 日 組合員 氏名 兵葉 太郎 印 組合員の個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 兵庫県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿					福祉医療区分 老 乳 身 (その他) (受給者証) 記号 番号 組合備考欄																																																																																																																																			

— 記入箇所 —

① 資格取得者情報記入欄

- ▶ 今回加入される方全員の情報を入力（既に入済みの方の情報はありません）
- ◆国保組合資格取得年月日◆
 社保等他保険を脱退後加入の場合・・・以前の健康保険脱退日と同一日
- ▶ 「理由」については、欄上部の【 ※資格取得理由】より選んで番号を入力

② 薬局（事業所名）

- ▶ 組合員の勤務先及び電話番号を入力

③ 日付・組合員氏名・捺印・組合員の個人番号

- ▶ 日付は資格取得年月日と同一日
- ▶ 加入される家族ではなく、組合員の氏名、個人番号を入力し捺印

※ 兵庫県薬剤師国保組合支部長の御印鑑を必ずいただいて下さい ※
 （支部長印が無い場合はお手続きが出来ません）