

## 一 被保険者個人票一

被保険者個人票		
被保険者証番号	氏名	生年月日
	兵葉太郎	明 <sup>㊟</sup> 大平40年10月10日
現住所		
〒650-0011 神戸市中央区下山手通5丁目5番8号 TEL(078-366-1711)		
中央支部	㊟・乙種	〇〇薬局 薬剤一郎
勤務先住所		
〒650-△△△△ 神戸市中央区下山手通〇丁目〇〇-□ TEL(078-382-0064)		
※該当欄に○を付け、該当事項にもご記入願います。		
1. 事業所(薬局)は、今現在法人事業所(薬局)ですか。		
ア. 法人事業所(薬局)である		
法人事業所名( )		
㊟ 法人事業所(薬局)でない		
2. 社会保険事務所への通理事業所届け及び、適用除外申請の手続きはすんでいますか。		
ウ. すんでいる		
適用年月日(明・大・昭・平 年 月 日)		
事業所記号( )		
エ. すんでいない		

★ 組合員一人につき1枚必要(扶養家族分は不要)

- ① 氏名・生年月日・住所  
(被保険者番号は空けておいて下さい)
- ② 被保険者区分・・・開設者・薬剤師は“甲”  
薬剤師以外の従業員は“乙”  
勤務先住所・・・資格取得者の配属となる勤務地
- ③ 2については、法人薬局のみ記入  
適用年月日及び、事業所記号を必ず記入すること

## 一 加入時の現状書一

加入時の現状書						
1. このたび加入される方						
氏名	性別	生年月日	薬剤師	開設者	兵庫県薬剤師会	※
兵葉太郎	男・女	明 <sup>㊟</sup> 平40年10月10日	有 <sup>㊟</sup> 無	有 <sup>㊟</sup> 無	会員 非会員	
※該当欄に○を付けて下さい。その他の場合は具体的に理由を書いて下さい。						
2. いままでどの健康保険に加入していましたか						
イ. 国民健康保険	記号	番号	資格喪失年月日	年	月	日
ロ. 社会保険	記号 ABC	番号 12345	資格喪失年月日	平26年	4月	1日
(共済組合等)						
ハ. どこにも加入していない						
3. 健康状態						
㊟ 健康である						
ロ. 通院している	→	年	月	日から		
傷病名 通院状態						
ハ. 入院している	→	年	月	日から		
傷病名 入院状態						
上記について万一記載事項に相違があった場合は、加入時にさかのぼり資格を取消され、かつその際保険料の差額並びに医療費の返還を請求されても異議はありません。						
平成26年4月1日						
住所 神戸市中央区下山手通5丁目5番8号						
氏名 兵葉太郎 ㊟						
兵庫県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿						

★ 加入者全員分が必要

- ① 加入者について記入(家族加入の場合は家族)  
薬剤師・・・薬剤師資格の有無  
薬局開設者・・・開設者の場合は“有”  
兵庫県薬剤師会・・・薬剤師は兵庫県薬剤師会に加入している事が加入条件となります。
- ② 以前の健康保険・健康状態
- ③ 日付・住所・氏名・捺印  
氏名・・・加入者の署名

《家族が加入する場合》 家族は世帯主と住民票の住所が同じである事が条件となり、家族全員の現状書、家族の住民票(家族全員の続柄が明記されたもの)が必要。

※ 兵庫県薬剤師国保組合支部長のご印鑑を必ず頂いて下さい!