資格取得理由	必要添付書類
福岡県薬剤師会会員となり 国保組合に加入するとき (1 種組合員として加入)	 住民票(マイナンバー記載のもの)原本 薬局開設許可証(写)又は医薬品販売業許可証(写) 預金口座振替依頼書 健康保険適用除外承認申請書(法人等の場合のみ)
扶養家族が増えたとき (2種、3種家族含む)	1. 住民票(マイナンバー記載のもの)原本 2. 扶養理由書(成人された方のみ)
従業員を加入させるとき (2 種組合員、3 種組合員として加入)	 住民票(マイナンバー記載のもの)原本 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(事業主通知用)写し ※個人事業所のパート従業員等で雇用保険の対象にならない方は雇用契約書をご提出ください。 ※雇用保険については、後日になっても大丈夫です。組合へFAXをお願いします。 健保適用除外承認申請書(法人及び常時5人以上の従業員を雇用している個人事業所並びに厚生年金任意摘要事業所の場合のみ)※適用除外承認申請書の用紙は組合にありますのでご連絡ください。(日本年金機構のHPで、ダウンロードした適用除外承認申請書も可)※厚生年金に加入されない方は、雇用契約書の写しをご提出ください。
子供が生まれたとき	1. 住民票(マイナンバー記載のもの)原本

【記入例】

国民健康保険被保険者資格取得届 2024.12.1

				T T							
導	ž		薬 局	•							
扂	a	加入する薬局名	調剤薬局 住所								
4	<u> </u>				EL ()	_			
		Г			,	ı)				
	1種組合員			資格取得的		令和	6 年	12 月	1 日		
/ / / / / /	呆険者証番号		1	※今回加入さ							
	取得理由	は右記から選び記入		J村国保離脱 L		t会保険	離脱 3.2 入社日12 /	生活保護廃止			
	(フリカ゚ナ)	コクホ タロウ	4.出生	<u>E</u> E月日	年齢	性別	種別	組合員との続柄	取得理由		
	(7),, 1)		S	-/] [十二		1種組合員	旭日貝との杭市	以付在田		
	氏名	国 保 太 郎	н 55•	3· 1	44	(男)	薬剤師		_		
			R			•	非薬剤師	本人	5		
1	個人番号	1 2 3 4 5 6	7 8 9	7 8 9 0 1 2		女扶養家族					
		〒 –	Т	EL 0 9	92	_	000	- 00	00		
	自宅住所 加入する方の自宅住所・電話番号をご記入ください。										
	マイナンバ										
H	(フリガナ)	1	_	月日	年齢	性別	種別	組合員との続柄	取得理由		
			S	/, -	1 #1		1種組合員	12 2 2 2 1 1 1 2 1 1 2	,,,,		
	氏名	国保花子	н 56 •	4 • 1	43	男	薬剤師	公の 書	_		
			R				非薬剤師	従の妻	5		
2	個人番号					女	扶養家族				
	百克人武	〒 TEL TEL									
	自宅住所										
	マイナンバ	バーカードの保険証としての利用登録状況 ■									
	(フリガナ)	スミヨシ ハルコ	生年	□月日	年齢	性別	種別	組合員との続柄	取得理由		
			S			男	1種組合員				
	氏名	住 吉 はるこ	н 30 •	2 · 2 69			薬 剤 師	本人	5		
3			1	R		女	非薬剤師	****	5		
٦	個人番号	2 2 1 0 0 9	8 2 7	9 5 8			扶養家族				
	自宅住所	 	•	EL 09			0000	- 00	00		
	加入する方の自宅住所・電話番号をご記入ください。										
	マイナンバ	バーカードの保険証として 	ての利用登録	状況		□未	登録 ・	☑登録》	斉		
	(フリガ ナ)	※マイナンバ	ベーカード	の保険証と	しての	利用登録	录状況を必	ず記載	取点由		
	氏名	// ※マイナンバーカードの保険証としての利用登録状況を必ず記載 パーポペード 									
	氏 名										
4	個人番号	登録済みの方には資格情報のお知らせを発行します									
		<u> </u>	万には貧格	唯認書を発	付しま`	9-。					
	自宅住所										
	□ 登録》	文									
	*1777	・ーカードの保険証として	、ツ州用豆蚪	· // // b		□ 小 .	登録·		Л		
-	上記のとおり関係書類を添えて申請致します。 1種組合員氏名(薬局代表者名)										
令和 年 月 日提出 をご記入ください。											
	1種組合員氏名										
			1件	出口貝氏名	1						
礻	国岡県薬剤	師国民健康保険組合理	事長様								

- 1.加入に際しては審査があります。(審査の結果、加入を認められない場合があります。)
- 2.必要書類については、別紙をご参照ください。
- 3.扶養家族が成人している場合は、扶養理由書が必要です。

李					薬	局		Ŧ	-			
名						削薬局		TEL ()	_	
	1種組合員 保険者証番号					資格取得年月日 ※今回加入される方			令和	年	月	日
	取得理由	は右記	から選	び記入		1.市町 4.出生	T村国保第 E		土会保険 その他(離脱 3.2	生活保護廃止)
	(フリカ゚ナ))				生年	月日	年齢	性別	種別	組合員との続柄	取得理由
	氏名				S H R	•	•		男 .	1種組合員 薬 剤 師 非薬剤師		
1	個人番号								女	扶養家族		
	自宅住所	〒 - TEL - TEL では 宅住所										
		ナンバーカードの保険証としての利用登録								登 録 ・		
	(フリカ゚ナ))			S	生年	月日	年齢	性別	種 別 1種組合員	組合員との続柄	取得理由
	氏名				H R	•	•		男 .	薬剤師非薬剤師		
2	個人番号								女	扶養家族		
	自宅住所	〒 - TEL CEM										
	マイナンバ	イナンバーカードの保険証としての利用登録状況							登録・			
	(フリカ゛ナ))			S	生年	月日	年齢	性別	種 別 1種組合員	組合員との続柄	取得理由
	氏名	,			H R	•	•		男	薬剤師 非薬剤師		
3	個人番号								女	扶養家族		
	自宅住所	TEL – –										
						Т	EL	2	-		_	
	マイナンバ	・ ・ーカー	ドの保険	を証とし [・]	ての禾	川用登録	状況		- □未:	登録 ・		斉
	マイナンバ	_	ドの保険	食証とし [・]		川用登録		年齢	一未生性別	種別	- □ 登 録 え 組合員との続柄	斉 取得理由
)	ドの保険	き証とし	ての系 S H R	川用登録	状況	年齢	1			
4	(ל 'לעלק' †))	ドの保険	食証とし	S H	川用登録	状況	年齢	性別	種 別 1種組合員 薬剤師		
4	(フリガナ))	ドの保険 	食証とし	S H	川用登録 生年 ・	状況	年齢	男	種 別 1種組合員 薬剤師 非薬剤師		
4	(フリガナ) 氏 名 個人番号	T			S H R	リ用登録 生年 ・ T	状況 - 月日 - · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	年齢	性別 男 · 女	種 別 1種組合員 薬剤師 非薬剤師	組合員との続柄	取得理由
	(フリガナ) 氏名 個人番号 自宅住所 マイナンバ	〒 ・ カー	- ドの保険	(証とし	S H R	リ用登録 ・ ・ T	状況 - 月日 ・ E L - 状況	年齢	性別 男 · 女	種 別 1種組合員 薬剤師 非薬剤師 扶養家族	組合員との続柄	取得理由
	氏名 個人番号 自宅住所 マイナン/ 上記のとお	テーカー	ドの保険書類を消		S H R	川用登録 生年 ・ T 川用登録 てします	状況 	年齢	性別 男 · 女	種 別 1種組合員 薬剤師 非薬剤師 扶養家族	組合員との続柄	取得理由
	(フリガナ) 氏名 個人番号 自宅住所 マイナンバ	テーカー	- ドの保険	(証とし	S H R	リ用登録 ・ ・ T	状況 - 月日 - · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		性別 男 · 女 一	種 別 1種組合員 薬剤師 非薬剤師 扶養家族	組合員との続柄	取得理由
	氏名 個人番号 自宅住所 マイナン/ 上記のとお	トーカーリ関係年	・ドの保険	 	S H R T の 和 計 数	川用登録 生年 ・ 川用登録 て日提出	状況 - 月日 - · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	年齢	性別 男 · 女 一	種 別 1種組合員 薬剤師 非薬剤師 扶養家族	組合員との続柄	取得理由

(注意)

^{1.}加入に際しては審査があります。 (審査の結果、加入を認められない場合があります。)

^{2.}必要書類については、別紙をご参照ください。

^{3.}扶養家族が成人している場合は、扶養理由書が必要です。