

国民健康保険被保険者資格取得届

2020.12

薬局名		薬局		〒		-		TEL()		-	
		薬局住所									
1種組合員の被保険者証番号				今回加入される方の資格取得年月日		令和		年		月 日	
被保険者となる者の氏名			続柄	従業員の種別	性別	生年月日		自宅住所			資格取得理由
フリガナ				薬剤師 非薬剤師 扶養家族	男 女	昭・平・令 年 月 日		〒 -			
1	個人番号(12桁のマイナンバー)										
フリガナ				薬剤師 非薬剤師 扶養家族	男 女	昭・平・令 年 月 日		〒 -			
2	個人番号(12桁のマイナンバー)										
フリガナ				薬剤師 非薬剤師 扶養家族	男 女	昭・平・令 年 月 日		〒 -			
3	個人番号(12桁のマイナンバー)										
フリガナ				薬剤師 非薬剤師 扶養家族	男 女	昭・平・令 年 月 日		〒 -			
4	個人番号(12桁のマイナンバー)										
フリガナ				薬剤師 非薬剤師 扶養家族	男 女	昭・平・令 年 月 日		〒 -			
5	個人番号(12桁のマイナンバー)										
資格取得理由欄に次の該当する番号を記入してください。その他は () に理由をご記入ください。				1. 市町村国保離脱 2. 社会保険離脱 3. 生活保護廃止 4. 出生 5. その他()							
上記のとおり必要書類を添えて届けます。 令和 年 月 日提出 〒 - 自宅住所 1種組合員 TEL() - 氏 名 福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿											

注意事項

- ☆ 1種組合員の被保険者証番号欄は新規加入の方は、記入不要です。
- ☆ 従業員加入の場合は種別欄(薬剤師か非薬剤師)は必ずご記入ください。
- ☆ 扶養家族が加入する場合は、続柄を必ずご記入ください。
- ☆ 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。)

添付書類

- ★ 新規加入薬局は「薬局開設許可証」の写しと「預金口座振替依頼書」を必ず添付してください。
- ★ 従業員加入の場合は「雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(事業主通知用)」を添付してください。(ただし、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。)
- ★ 今回加入される方全員の住民票(12桁のマイナンバーが記載されている物)を添付してください。

(記入例)

国民健康保険被保険者資格取得届

2020.12

薬局名 加入する薬局名		薬局住所		TEL() -		加入する薬局住所、電話番号	
1種組合員の被保険者証番号		今回加入される方の資格取得年月日		令和 3年 3月 1日			
被保険者となる者の氏名		続柄	従業員の種別	性別	生年月日	自宅住所	資格取得理由
フリガナ		本人 又は 家族	薬剤師 非薬剤師 扶養家族	男 ・ 女	昭・平・令	〒 - 加入する方の性別、生年月日 住所を記入してください。	5
1	加入する方の氏名				年 月 日		
個人番号(12桁のマイナンバー)		1234 5678 9123					
フリガナ		薬剤師 非薬剤師 扶養家族	男 ・ 女	昭・平・令	年 月 日		
2		個人番号(12桁のマイナンバー)					
フリガナ		薬剤師 非薬剤師 扶養家族	男 ・ 女	昭・平・令	年 月 日		
3		個人番号(12桁のマイナンバー)					
フリガナ		薬剤師 非薬剤師 扶養家族	男 ・ 女	昭・平・令	年 月 日		
4		個人番号(12桁のマイナンバー)					
フリガナ		薬剤師 非薬剤師 扶養家族	男 ・ 女	昭・平・令	年 月 日		
5		個人番号(12桁のマイナンバー)					
資格取得理由欄に次の該当する番号を記入してください。その他は () に理由をご記入ください。		1. 市町村国保離脱 2. 社会保険離脱 3. 生活保護廃止 4. 出生 5. その他(入社 3/1)					
上記のとおり必要書類を添えて届けます。							
令和 年 月 日提出				〒 -			
1種組合員				自宅住所			
氏名				TEL() -			
福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿							

注意事項

- ☆ 1種組合員の被保険者証番号欄は新規加入の方は、記入不要です。
- ☆ 従業員加入の場合は種別欄(薬剤師か非薬剤師)は必ずご記入ください。
- ☆ 扶養家族が加入する場合は、続柄を必ずご記入ください。
- ☆ 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。)

添付書類

- ★ 新規加入薬局は「薬局開設許可証」の写しと「預金口座振替依頼書」を必ず添付してください。
- ★ 従業員加入の場合は「雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(事業主通知用)」を添付してください。(ただし、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。)
- ★ 今回加入される方全員の住民票(12桁のマイナンバーが記載されている物)を添付してください。