

事務処理欄	組 合 本 部			支 部	
	常務理事	事務局長	取 扱 者	支 部 長	支部担当者

記入必須箇所: ■組合員加入の場合は、②③⑤⑥⑦⑧⑨ ※家族同時加入の場合は、④も記入  
 ■家族の追加加入の場合は、①②④⑤⑨

中四国薬剤師国民健康保険組合 資格取得届							
① 現保険者等の記号番号		岡 303 — —					
② 資格取得年月日		令和 年 月 日					
③ 組合員	薬剤師	該当・非該当	勤務形態		常勤・非常勤		
	フリガナ	性別	組合員との続柄	個人番号			
	加入者氏名			生年月日	職業 薬剤師・事務・他		
フリガナ	男・女	本人	昭和 平成 令和	年 月 日	職業	⑤資格取得事由	
④ 家族	フリガナ	男・女		昭和 平成 令和	年 月 日	職業	1 採用 採用年月日 月 日
	フリガナ	男・女		昭和 平成 令和	年 月 日	職業	2 社保離脱 月 日
	フリガナ	男・女		昭和 平成 令和	年 月 日	職業	3 国保離脱 月 日
	フリガナ	男・女		昭和 平成 令和	年 月 日	職業	4 出生 月 日
	フリガナ	男・女		昭和 平成 令和	年 月 日	職業	5 無保険から 月 日
⑥ 事業所	事業所所在地 事業所名 勤務先薬局名					6 その他	
⑦ 健康保険被保険者適用除外承認		新規 経過措置			非該当		
⑧ 国民健康保険料		事業主の指定口座により振替をする			はい・いいえ		
⑨ 組合員記入欄	(中四薬剤師国保 被保険者証記号番号 岡303 — — より変更)						
	※上記のとおり組合員本人の個人番号カード(写)または通知カード(写)と運転免許証(写)及び関係書類を添えて届けます。(家族の個人番号は必ず組合員が記載してください)						
	令和 年 月 日						
	〒 —						
	住所 フリガナ 組合員氏名 個人番号 電話番号						
中四国薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿							
薬剤師国保 記入欄	※ 加入区分 新規・追加		※ 賦課区分 1・2・3・4				
	□資格確認書		交付日		判定基準		
	□資格情報のお知らせ		令和 年 月 日		1・2・3・4		