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	支部受付欄

現保険者等の記号番号	岡 303 — —

記入必須箇所: ■組合員加入の場合は、①②④⑤⑥ ※家族同時加入の場合は、③も記入

組合員資格取得届

① 資格取得年月日	令和 年 月 日

②組合員	薬剤師	該当・非該当	加入区分	新規

	フリガナ / 加入者氏名	組合員との続柄	性別	個人番号 / 生年月日	職業	④取得理由
②組合員	フリガナ			昭和 平成 令和	職業	1 社保離脱 月 日
③家族	フリガナ			昭和 平成 令和	職業	
	フリガナ			昭和 平成 令和	職業	2 国保離脱 月 日
	フリガナ			昭和 平成 令和	職業	
	フリガナ			昭和 平成 令和	職業	3 その他

⑤事業所	事業所所在地 事業所名 勤務先薬局名

⑥組合員記入欄

(中四薬剤国保 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

〒 —

組合員

住所

フリガナ

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

薬剤師国保使用欄	組合員証交付日		判定基準
	令和 年 月 日		
	□ 資格確認書 □ 資格情報のお知らせ	交付日 令和 年 月 日	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4