

(加入者一人につき一枚) 加入時の現状書

●いままでどの健康保険に加入していましたか。(該当する数字を○で囲んでください)

1. 加入していた(加入している)

	記号	番号
国民健康保険	_____	_____
	保険者の名称	

	資格喪失年月日(離脱日)	令和 年 月 日

	記号	番号
社会保険	_____	_____
	保険者の名称	

	資格喪失年月日(離脱日)	令和 年 月 日

2. どこにも加入していなかった

令和 年 月 日から令和 年 月 日まで未加入

●記入年月日および加入者(組合員)の住所、電話番号、氏名を記入してください。(すべて記入してください)

令和 年 月 日

〒

自宅住所

電話番号

氏名

中四国薬剤師国民健康保険組合理事長 様

(注)

1. 国民健康保険とは、市区町村国保(例:岡山市)、国民健康保険組合(中四国薬剤師国保)です。
2. 社会保険とは、協会けんぽ、共済組合、健保組合等の国民健康保険以外のものです。
3. 加入者とは加入を希望する被保険者となる者です。(家族の追加加入で加入希望者が学生以下の場合は、組合員が署名してください)
4. 資格喪失年月日参考:退職日の翌日、中四国薬剤師国保資格取得日 等