

(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)

国民健康保険	記号	番号
	保険者の名称	
	資格喪失年月日	平成 年 月 日

社会保険	記号	番号
	保険者の名称	
	資格喪失年月日	平成 年 月 日

2. どこにも加入していなかった

平成 年 月 日から平成 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)

平成 年 月 日

〒

自宅住所

自宅電話

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・捺印してください)