

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

中四国薬剤師国民健康保険組合 資格取得届

被保険者証の記号番号	岡 303 — —			
資格取得年月日	平成	年	月	日
薬剤師	該当・非該当	勤務形態	常勤・非常勤	県薬剤師会 加入・未加入

薬剤師国保記入欄 ※ 加入区分 新規・追加 ※ 賦課区分 1・2・3・4

フリガナ 加入者氏名	性別	組合員 との続柄	個人番号		取得前状況
			生年月日	職業 薬剤師・事務・他	
1 フリガナ	男・女		▶ ▶		① 社保喪失 月 日喪失
			昭・平 年 月 日	職業	
2 フリガナ	男・女		▶ ▶		② 国保喪失 月 日喪失
			昭・平 年 月 日	職業	
3 フリガナ	男・女		▶ ▶		③ 無保険 月 日から
			昭・平 年 月 日	職業	
4 フリガナ	男・女		▶ ▶		④ 出生 月 日出生
			昭・平 年 月 日	職業	
5 フリガナ	男・女		▶ ▶		
			昭・平 年 月 日	職業	

事業所所在地
事業所名
勤務先薬局名

健康保険被保険者適用除外承認	新規	経過措置	非該当
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

(中四国薬剤師国保 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)

平成 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	被保険者証交付日	判定基準
記入欄	平成 年 月 日	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4