近畿薬剤師国民健康保険組合加入について

加入できる方

1種組合員(事業主)…大阪府薬剤師会又は兵庫県薬剤師会の会員であって、薬局及び医薬品販売業の開設者及び管理者

2種組合員… ① 1種組合員が開設又は管理する薬局等で勤務する薬剤師
② 大阪府薬剤師会・兵庫県薬剤師会の会員であって、薬剤師の国家資格を有する専門職として薬事業務に携わる者(非常勤勤務者を含む)(個人加入)

3種組合員…1種組合員が開設又は管理する薬局等で勤務する従業員(薬剤師以外)

＊規約第4条第1号及び第2号の地区内に住所(住民票)を有する方に限ります。
＊法人事業所や従業員5人以上の個人事業所は新規加入できません。

1．新たにご加入される方は、下記の書類のご提出をお願いします。

	必要書類 ▲印は当組合に備えている用紙 ご連絡いただくか当組合ホームページよりダウンロードしてください	1種	2種①	2種②	3種	家族
1	▲ 資格取得届	●	●	●	●	●
2	▲ 資格取得届(別紙)	●	●	●	●	●
3	▲ 事業所調べ	●				
4	▲ 2種組合員調査票			●		
5	▲ 適用除外承認申請書		●		●	
6	薬局開設許可証の写し	●				
7	今迄の健康保険の喪失証明書 (加入者全員分必要です) 現在いずれかの保険に加入中の方は被保険者証・資格確認書の写し	●	●	●	●	●
8	個人番号の記載のある世帯全員の住民票 3か月以内に発行されたもの。外国籍の方は記載事項に省略のないもの。薬剤師国保に加入しない方の個人番号は必要ありません。※1 (注:同一世帯の家族の方が市町村国保に加入している場合は、全員で当組合に加入していただくか、全員市町村国保に加入するかのいずれかになります。)	●	●	●	●	●
9	組合員本人確認書類 公的機関が発行している顔写真付き身分証の写し(運転免許証、パスポート、個人番号カード(両面)などいずれか1点)。ご家族分は必要ありません。)※2	●	●	●	●	
10	令和6年度 市民税・府民税課税(非課税)証明書 令和5年分の内容が記載してあります。市町村窓口で取得した組合員のみの証明書原本を提出願います。ご家族分は必要ありません。	●	●	●	●	
11	薬事に従事していることが分かる書類の写し (例) 学校薬剤師任命書、委嘱状、雇用契約書、給与明細書等の写し、法人事業所に勤務している場合は、非常勤とわかる書類など			●		

※1 個人番号が記載されていない世帯全員の住民票の場合は、個人番号カード(両面)もしくは個人番号通知カードの写し(薬剤師国保加入者全員分)が必要になります。

※2 組合員の顔写真付き身分証がない場合は、公的機関発行の書類の写し、いずれか1点が必要になります。
(個人番号通知カード、年金手帳、被保険者証、納税証明書など)

※3 郵送の場合、個人情報の漏えいを防止する観点から簡易書留や特定記録など、郵便物の追跡が可能な方法で郵送していただけるようお願いいたします。

【個人番号の利用目的について】
当組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収事務で利用します。

2. 保　険　料

令和7年度保険料(月額)別添をご参照ください。

※納入方法は自動払いで！(三井住友・三菱UFJ・池田泉州・ゆうちょの各銀行)

保険料の口座振替は毎月24日(休業日の場合は翌営業日)です。

3. 次の事実が起きた時は、組合へ被保険者証等を添えてお手続きください。

▲①当組合をやめるとき（喪失届）

▲②出産・死亡の時（取得・喪失届）　　～届出は14日以内に～

▲③組合員資格変更の時（取得・喪失届）

▲④住所及び氏名変更の時（住所・氏名変更届）

▲⑤マイナンバーカード紛失・返納した時（資格確認書交付申請書）

▲⑥資格情報通知書・資格確認書紛失の時（資格情報通知書・資格確認書再交付申請書）

4. 個人事業所から法人事業所へ変更された時はすぐに組合へご連絡ください。

個人事業所から法人事業所に変更された場合や従業員が常時５人以上になった時は、14日以内に届け出てください。届け出されない場合には、資格喪失となりますので、ご注意ください。

近畿薬剤師国民健康保険組合

〒540-0019
大阪市中央区和泉町1丁目3番8号　大阪府薬剤師会 西館2階
TEL(06)6946－9151
URL:https://kinki-yakuzaishi-kokuho.or.jp/

近畿薬剤師国民健康保険組合
令和７年度保険料（月額）

保険料（月額）	①	医療保険料（均等割額＋所得割額）
	②	後期高齢者支援保険料
	③	介護保険料

①　医療保険料（均等割額＋所得割額）

資格区分	月　額		
	均等割額 イ	所得割額※　ロ	医療保険料　イ+ロ
1 種組合員（事業主）	0 円	20,000 円～46,000 円（16 区分）	20,000 円～46,000 円
2 種組合員（薬剤師）	0 円	11,500 円～46,000 円（16 区分）	11,500 円～46,000 円
3 種組合員（薬剤師以外）	0 円	11,500 円～46,000 円（16 区分）	11,500 円～46,000 円
家族 1 人につき	6,800 円	－	6,800 円
世帯限度額　※注 2			46,000 円

所得割額（上記表「所得割額※」は下記のとおり。

等級	総所得金額等－43 万円（※注 1）		所得割（月額）　（円）		
	以上	未満	1 種組合員（事業主）	2 種組合員（薬剤師）	3 種組合員（薬剤師以外）
1	0　万円	100　万円	20,000	11,500	11,500
2	100　万円	150　万円	20,500	12,000	12,000
3	150　万円	200　万円	21,000	13,500	13,000
4	200　万円	250　万円	22,000	15,500	14,000
5	250　万円	300　万円	23,000	17,500	15,000
6	300　万円	350　万円	24,000	19,500	16,000
7	350　万円	400　万円	25,000	22,000	17,500
8	400　万円	450　万円	26,000	24,500	19,500
9	450　万円	500　万円	27,500	27,000	21,500
10	500　万円	550　万円	30,000	29,500	23,500
11	550　万円	600　万円	32,500	32,000	25,500
12	600　万円	650　万円	35,000	34,500	27,500
13	650　万円	700　万円	37,500	37,000	29,500
14	700　万円	800　万円	40,000	39,500	31,500
15	800　万円	900　万円	42,500	42,000	33,500
16	900　万円		46,000	46,000	46,000

② 後期高齢者支援保険料

被保険者１人につき	月額　4,600 円
世帯限度額　※注２	月額　15,000 円

③ 介護保険料

40 歳～64 歳の被保険者１人につき	月額　5,300 円
世帯限度額　※注２	月額　11,000 円

④ ４種組合員費（後期高齢者組合費）

組合員１人につき	月額　2,000 円

※注１　総所得金額等は組合員本人のみの**令和６年度市民税・府県民税課税（非課税）証明書（令和５年所得）**の内容とします。なお、国民健康保険分野の事務手続きにおいて、本人の同意を得ず、情報照会することが可能となっていますので、被保険者の所得情報については、マイナンバーを用いた情報連携により照会いたします。

※注２　世帯とは同番号の被保険者証が交付されている組合員及びその家族です。

【保険料（月額）の計算表】

資格区分	均等割額 イ	所得割額※ ロ	①医療保険料 イ＋ロ	②後期高齢者 支援保険料	③介護保険料	
４種組合員 等級	0					
家　族		-				
家　族		-				
家　族		-				
家　族		-				合計 ①+②+③
合　　計	世帯上限 46,000 円	世帯上限 15,000 円	世帯上限 11,000 円			

近畿薬剤師国民健康保険組合

〒5400019　大阪市中央区和泉町１丁目３番８号
大阪府薬剤師会　西館２階
TEL　06-6946-9151

資　格　取　得　届

被保険者記号番号※	薬国											

※印の欄は記入しないでください。

(フリガナ) 薬局名	
(フリガナ) 薬局住所	〒　□□□—□□□□　　TEL（　　）　　—
	〒　□□□—□□□□　　TEL（　　）　　—
(フリガナ) 自宅住所	

※(枝番)	氏名	性別	世帯主との続柄	年号	生年月日	職業	※備考
	(フリガナ)	□男 □女		□昭和 □平成 □令和	年　月　日	□薬剤師 □登録販売者　□調剤事務 □その他の方は必ずご記入ください （　　）	□第２号被保険者
	(フリガナ)	□男 □女		□昭和 □平成 □令和	年　月　日	□薬剤師 □登録販売者　□調剤事務 □その他の方は必ずご記入ください （　　）	□第２号被保険者
	(フリガナ)	□男 □女		□昭和 □平成 □令和	年　月　日	□薬剤師 □登録販売者　□調剤事務 □その他の方は必ずご記入ください （　　）	□第２号被保険者
	(フリガナ)	□男 □女		□昭和 □平成 □令和	年　月　日	□薬剤師 □登録販売者　□調剤事務 □その他の方は必ずご記入ください （　　）	□第２号被保険者
	(フリガナ)	□男 □女		□昭和 □平成 □令和	年　月　日	□薬剤師 □登録販売者　□調剤事務 □その他の方は必ずご記入ください （　　）	□第２号被保険者

資格取得事由（○印）			
1. 社会保険離脱	2. 出　生	3. 市町村国保喪失及びその他	
4. 支部変更	5. 資格変更		

1. 上記のものは当薬局又は医薬品販売業の従業員として　　年　　月　　日より雇用していることを証明します。
2. 上記組合員にかかる保険料の納付及び保険給付に関して一切の責任を持つことを誓約します。

令和　　年　　月　　日

住所

１種（事業主）組合員

氏名（自署）

上記の通りお届けいたします。

令和　　年　　月　　日

住所

組合員

氏名（自署）

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様

※(事務処理欄)　　□　入力済

受付印	資格取得年月日	令和　年　月　日	
	収入原簿		異動整理簿
	当月	第2号被保険者　円	当月　第2号被保険者　人
		円	人
	遡及	円	遡及　人
	計	円	計　人
	過年度	円	年　月分

決裁	理事	室長	班長	主担当	副担当

令和　年　月　日	
区分	1　2　3　4　家族
等級	
賦課限度額適用	□医療保険料 □後期支援保険料 □介護保険料
薬剤師会在籍確認	令和　年　月　日 □大阪府薬剤師会　□兵庫県薬剤師会
初回登録状況	未　済（期限内・期限切）
発行履歴	□資格確認書　□資格情報通知書
交付	令和　年　月　日

(202504)

資 格 取 得 届（別紙）

被保険者記号番号	薬国					—				—			

1.加入するものの個人番号は次のとおりです。

※(枝番)		フリガナ 氏　　名	個人番号／マイナンバー（12桁）		

2.従前の健康保険等の加入状況

□　国民健康保険　　記号　　番号　　［保険者名　　］
□　社会保険　　記号　　番号　　［資格喪失日　　年　　月　　日 ・ 加入中］
□　どこにも加入していなかった
□　出　生

3.住民票上同一世帯であるが当国保組合に加入しない家族の健康保険等加入状況（注③）

氏　　名	現在加入している健康保険等
	□健康保険組合・全国健康保険協会（協会けんぽ）　□共済組合 □後期高齢者医療制度　□その他（　　）
	□健康保険組合・全国健康保険協会（協会けんぽ）　□共済組合 □後期高齢者医療制度　□その他（　　）
	□健康保険組合・全国健康保険協会（協会けんぽ）　□共済組合 □後期高齢者医療制度　□その他（　　）

上記のとおり必要書類を添えてお届けします。

令和　　年　　月　　日

組合員氏名(自署)

個人番号
マイナンバー

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様

［ご注意］
① この届は組合員及びその家族が加入されるときに使用するものです。
② 本人確認(番号・身元確認）の書類を添付してください。
③ 同一世帯の家族の方が市町村国保に加入している場合は、全員で当国保組合に加入するか、全員市町村国保に加入するかのいずれかになります。
④ ※印の欄は記入しないでください。

(202412)

様式コード			
9	2	9	9

国保組合

健康保険

被保険者適用除外承認申請書

（国民健康保険組合被保険者）

令和　　年　　月　　日提出

受付印

提出者記入欄

事業所整理記号					–				事業所番号					

事業所所在地　〒　　–

事業所名称

事業主氏名

電話番号　（　　）

下記の者は、適用除外該当事由に該当することにより当国民健康保険組合の事業運営上必要な者であることを証明します。

令和　　年　　月　　日

近畿薬剤師

国民健康保険組合理事長　　㊞

社会保険労務士記載欄

氏　名　等

当該事業所に使用されかつ国民健康保険組合の被保険者である間、健康保険の適用除外の承認を申請します。

申請者1

①被保険者整理番号		②氏名	（フリガナ） （氏）　（名）	③生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日	④種別	1. 男 2. 女 3. 坑内員 5. 男（基金） 6. 女（基金） 7. 坑内員（基金）
⑤取得区分	6. 厚年			⑦適用除外年月日	9.令和　年　月　日		
⑪住所	〒　–						
国保組合記載欄	⑫適用除外該当事由	1. 事業所状態変更　2. 事業所設立等　3. 新規採用　4. 再就職		⑬国保組合資格取得年月日	9. 令和　年　月　日		

申請者2

①被保険者整理番号		②氏名	（フリガナ） （氏）　（名）	③生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日	④種別	1. 男 2. 女 3. 坑内員 5. 男（基金） 6. 女（基金） 7. 坑内員（基金）
⑤取得区分	6. 厚年			⑦適用除外年月日	9.令和　年　月　日		
⑪住所	〒　–						
国保組合記載欄	⑫適用除外該当事由	1. 事業所状態変更　2. 事業所設立等　3. 新規採用　4. 再就職		⑬国保組合資格取得年月日	9. 令和　年　月　日		

申請者3

①被保険者整理番号		②氏名	（フリガナ） （氏）　（名）	③生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日	④種別	1. 男 2. 女 3. 坑内員 5. 男（基金） 6. 女（基金） 7. 坑内員（基金）
⑤取得区分	6. 厚年			⑦適用除外年月日	9.令和　年　月　日		
⑪住所	〒　–						
国保組合記載欄	⑫適用除外該当事由	1. 事業所状態変更　2. 事業所設立等　3. 新規採用　4. 再就職		⑬国保組合資格取得年月日	9. 令和　年　月　日		

申請者4

①被保険者整理番号		②氏名	（フリガナ） （氏）　（名）	③生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日	④種別	1. 男 2. 女 3. 坑内員 5. 男（基金） 6. 女（基金） 7. 坑内員（基金）
⑤取得区分	6. 厚年			⑦適用除外年月日	9.令和　年　月　日		
⑪住所	〒　–						
国保組合記載欄	⑫適用除外該当事由	1. 事業所状態変更　2. 事業所設立等　3. 新規採用　4. 再就職		⑬国保組合資格取得年月日	9.令和　年　月　日		

様式コード				
2	2	0	0	6

国保組合

厚生年金保険
厚生年金保険

被保険者資格取得届

70歳以上被用者該当届

令和　　年　　月　　日提出

受付印

提出者記入欄

事業所整理記号		事業所番号	
事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒　　－		
事業所名称			
事業主氏名			
電話番号	（　　）		

社会保険労務士記載欄

氏　名　等

被保険者1

①被保険者整理番号		②氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)　　(名)	③生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　　年　　月　　日	④種別	1. 男 2. 女 3. 坑内員 5. 男(基金) 6. 女(基金) 7. 坑内員(基金)
⑤取得区分	6. 厚年	⑥個人番号［基礎年金番号］		⑦取得(該当)年月日	9. 令和　　年　　月　　日	⑧被扶養者	0. 無　1. 有
⑨報酬月額	㋐(通貨)　円 ㋑(現物)　円	㋒(合計 ㋐+㋑)　円		⑩備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者の取得 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. 退職後の継続再雇用者の取得 5. その他〔　　〕		
⑪住所	個人番号を記入した場合は、住所記入は不要です。 〒　　－　(ﾌﾘｶﾞﾅ)						理由：1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他(　　)

被保険者2

①被保険者整理番号		②氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)　　(名)	③生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　　年　　月　　日	④種別	1. 男 2. 女 3. 坑内員 5. 男(基金) 6. 女(基金) 7. 坑内員(基金)
⑤取得区分	6. 厚年	⑥個人番号［基礎年金番号］		⑦取得(該当)年月日	9. 令和　　年　　月　　日	⑧被扶養者	0. 無　1. 有
⑨報酬月額	㋐(通貨)　円 ㋑(現物)　円	㋒(合計 ㋐+㋑)　円		⑩備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者の取得 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. 退職後の継続再雇用者の取得 5. その他〔　　〕		
⑪住所	個人番号を記入した場合は、住所記入は不要です。 〒　　－　(ﾌﾘｶﾞﾅ)						理由：1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他(　　)

被保険者3

①被保険者整理番号		②氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)　　(名)	③生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　　年　　月　　日	④種別	1. 男 2. 女 3. 坑内員 5. 男(基金) 6. 女(基金) 7. 坑内員(基金)
⑤取得区分	6. 厚年	⑥個人番号［基礎年金番号］		⑦取得(該当)年月日	9. 令和　　年　　月　　日	⑧被扶養者	0. 無　1. 有
⑨報酬月額	㋐(通貨)　円 ㋑(現物)　円	㋒(合計 ㋐+㋑)　円		⑩備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者の取得 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. 退職後の継続再雇用者の取得 5. その他〔　　〕		
⑪住所	個人番号を記入した場合は、住所記入は不要です。 〒　　－　(ﾌﾘｶﾞﾅ)						理由：1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他(　　)

被保険者4

①被保険者整理番号		②氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)　　(名)	③生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　　年　　月　　日	④種別	1. 男 2. 女 3. 坑内員 5. 男(基金) 6. 女(基金) 7. 坑内員(基金)
⑤取得区分	6. 厚年	⑥個人番号［基礎年金番号］		⑦取得(該当)年月日	9. 令和　　年　　月　　日	⑧被扶養者	0. 無　1. 有
⑨報酬月額	㋐(通貨)　円 ㋑(現物)　円	㋒(合計 ㋐+㋑)　円		⑩備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者の取得 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. 退職後の継続再雇用者の取得 5. その他〔　　〕		
⑪住所	個人番号を記入した場合は、住所記入は不要です。 〒　　－　(ﾌﾘｶﾞﾅ)						理由：1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他(　　)

この申請書は、国民健康保険組合に加入する「従業員を採用した場合」、「60歳以上の方で退職後に継続して再雇用した場合」 にご提出いただくものです。

・70歳以上の方について提出する場合は、「⑩備考」欄の「70歳以上被用者該当」を〇で囲んでください。
・次の場合は別様式での届出となりますのでご注意ください。
　既に厚生年金の資格取得をしている従業員等が在職中に70歳に到達した場合→『70歳到達届』（資格喪失届・70歳以上該当届）
　従業員等が全国健康保険協会・健康保険組合に加入する場合→『健康保険・厚生年金保険被保険者資格取得届』

記入方法

提出者記入欄　：　事業所整理記号・事業所番号は下図を参照し、新規適用時または名称･所在地変更時に付された記号・番号をご記入ください。

事業所整理記号			0	1	－	イ	ロ	ハ		事業所番号	1	2	3	4	5

国保組合証明欄　：　届出する被保険者について、国保組合理事長が認めた者であることを確認し証明年月日をご記入ください。
また、必ず国保組合理事長印を押印してください。

①被保険者整理番号　：　提出順に被保険者整理番号を払い出ししますので、記入する必要はありません。

②氏名　：　氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確にご記入ください。

③生年月日　：　年号は該当する番号を〇で囲んでください。生年月日は下図を参照しご記入ください。

⑤ 昭和 7. 平成 9. 令和	6	年	3	0	月	5	0	日	3

④種別　：　下図を参照し、該当する番号を〇で囲んでください。

	男子	女子	坑内員
一般（基金未加入）	1	2	3
厚生年金基金加入員	5	6	7

⑥個人番号（基礎年金番号）　：　本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、基礎年金番号通知書等に記載されている10桁の番号を左詰めでご記入ください。

⑦適用除外年月日　：　適用除外を受けようとする年月日をご記入ください。

⑦取得(該当)年月日　：　取得年月日は、「⑦適用除外年月日」と同日となります。

⑧被扶養者の有無　：　被扶養者がある場合は「1. 有」を、ない場合は「0. 無」を〇で囲んでください。
「1. 有」で第３号被保険者に該当する場合は『国民年金第３号被保険者関係届』の届出が別途必要です。

⑨報酬月額　：　「㋐（通貨）」には給料・手当等、名称を問わず労働の対償として金銭（通貨）で支払われるすべての合計金額をご記入ください。
※1　臨時に支払うものや、3月を超える期間ごとに支払う賞与等は対象となりません。
※2　週給の場合は、報酬額を7で除した額の30倍に相当する金額をご記入ください。
※3　実績によって報酬が変わる場合は、資格取得月の前月1カ月間に、同事業所内で同様の業務に携わっている従業員の報酬の平均額をご記入ください。
「㋑（現物）」には、報酬のうち食事・住宅・被服・定期券等、金銭（通貨）以外で支払われるものについてご記入ください。
現物によるものの額は、厚生労働大臣によって定められた額（食事・住宅については都道府県ごとに定められた価額、その他被服等は時価により算定した額）をご記入ください。

⑩備考　：　「1. 70歳以上被用者該当」は、被用者が70歳以上の方の場合に〇で囲んでください。
在職中に70歳に到達した場合は、この届書ではなく『70歳到達届』をご提出ください。
「2. 二以上事業所勤務者の取得」に該当する場合は、資格取得日から10日以内に、被保険者が『被保険者所属選択・二以上事業所勤務届』を提出する必要があります。
「3. 短時間労働者の取得（特定適用事業所のみ）」は、短時間労働者に係る資格取得届を提出する場合に〇で囲んでください。
「4. 退職後の継続再雇用者の取得」に該当する場合は、この届書とあわせて『被保険者資格喪失届』の提出が必要です。

⑪住所　：　住民票住所をご記入ください。なお、日本国内に住民票（個人番号）を有していない等、住民票住所を記入できない場合は、居所等を記入のうえ、「１．海外在住」「２．短期在留」「３．その他」のいずれか該当する理由を〇で囲み、「３．その他」に〇をした場合は、その理由をご記入ください。※日本年金機構に提出する際「⑥個人番号」欄に個人番号を記入した場合、住所記入は不要です。

国保組合記載欄　：　「⑫適用除外該当事由」には該当する番号を〇で囲んでください。
「⑬国保組合資格取得年月日」には該当被保険者が、国民健康保険組合に加入した日付をご記入ください。

添付書類

・受付年月日が「⑦取得年月日」に記入した日付から14日以内でない場合（年金事務所が閉所していたことにより14日を超えた場合を除く）
　遅延理由書
・60歳以上の方で退職後の継続再雇用の場合
　ア. 就業規則・退職辞令のコピー等退職日が確認できる書類および継続して再雇用されたことが確認できる雇用契約書のコピー
　イ. 上記「ア」の書類が添付できない場合、事業主の証明書（退職日、再雇用日が記載されているもの）等

お知らせ

・マイナンバー制度の導入に伴い、日本年金機構では原則として住民票上の氏名および住所で年金記録を管理することにしています。住民票住所以外の居所等にねんきん定期便等の日本年金機構からの各種お知らせ等の送付をご希望の場合は、別途『住所変更届』をご提出ください。
・この『被保険者資格取得届・70歳以上被用者該当届』を提出し、資格取得の確認および標準報酬月額が決定されると、『資格取得確認および標準報酬決定通知書』・『70歳以上被用者該当および標準報酬月額相当額のお知らせ』（70歳以上被用者に該当する場合）が事業所に送付されますので、事業主は通知内容を被保険者に通知してください。
・「短時間労働者」とは、国・地方公共団体・特定適用事業所等において使用される、以下の全ての要件を満たした場合に被保険者となります。

ア. 週の所定労働時間が20時間以上であること。
イ. 雇用見込期間が1年以上であること（雇用期間が1年未満であるが、雇用契約書等でその契約が更新される旨または更新される場合がある旨明示されている場合を含む）。
ウ. 賃金の月額が88,000円（年額106万円相当）以上であること。ただし、①臨時に支払われる賃金（結婚当等）および1月を超える期間ごとに支払われる賃金（賞与等）、②所定時間外労働等に対して支払われる賃金（割増賃金等）、③最低賃金法において算入しないことを定める賃金（精皆勤手当、通勤手当および家族手当）を除く。
エ. 学生でないこと。
※令和4年10月より、イ. 雇用見込期間が1年以上であることは、要件から除かれます。
※上記ア～エの要件を満たしていても、１週間の所定労働時間および１カ月の所定労働日数が正社員の４分の３以上の従業員については、通常の被保険者となります。

マイナンバー保護封筒

個人番号に関する書類は、組合員本人がこの封筒に封入し、その他書類と一緒に組合へご提出ください

個人番号に関する書類は
組合員本人がこの封筒に封入し、
その他書類と一緒に組合へご提出ください

マイナンバー保護封筒

【組合へ加入するとき】

☐ 資格取得届（別紙）
☐ 個人番号の記載のある世帯全員の住民票
☐ 組合員本人確認書類
（ご家族分は必要ありません）

【組合をやめるとき】

☐ 資格喪失届（別紙）

【住所や氏名の変更のとき】

☐ 被保険者住所/氏名変更届
☐ 個人番号の記載のある世帯全員の住民票

【その他の申請手続き】

☐ 資格情報通知書再交付申請書
☐ 高齢受給者証再交付申請書
☐ 療養費支給申請書
☐ 限度額適用認定申請書
☐ 出産育児一時金支給申請書
☐ 葬祭費支給申請書
☐ 個人番号の記載のある世帯全員の住民票
（提出が必要な場合）
☐ 資格確認書交付申請書

近畿薬剤師国民健康保険組合

のりしろ

A4 四つ折りサイズが入ります。
切り取ってお使いください ✂

返信用宛名ラベル

点線を切り取ってお使いください

-----✂-----

〒540-0019
大阪市中央区和泉町１丁目３番８号
大阪府薬剤師会　西館２階

近畿薬剤師国民健康保険組合　行

〒540-0019
大阪市中央区和泉町１丁目３番８号
大阪府薬剤師会　西館２階

近畿薬剤師国民健康保険組合　行

〒540-0019
大阪市中央区和泉町１丁目３番８号
大阪府薬剤師会　西館２階

近畿薬剤師国民健康保険組合　行

※　郵送の場合、個人情報の漏えいを防止する観点から簡易書留や特定記録など、
郵便物の追跡が可能な方法で郵送していただけるようお願いいたします。

近畿薬剤師国民健康保険組合