# 資　格　取　得　届

記　入　例　（2種組合員②）薬剤師 個人加入

※印の欄は記入しないでください。

| | |
|---|---|
| 被保険者記号番号※ | 薬国　　－　　－ |
| （フリガナ）薬局名 | キンヤクヤッキョク<br>きんやく　薬　局　　薬剤医師の資格を有する専門職として業務に携わっている勤務先の名称 |
| （フリガナ）薬局住所 | 〒　540－0019　TEL（06）○○○○－○○○○<br>オオサカフ　オオサカシチュウオウク　イズミマチ<br>大阪府大阪市中央区和泉町○丁目○番○号　　勤務先の所在地 |
| （フリガナ）自宅住所 | 〒　540－0000　TEL（06）○○○○－○○○○<br>オオサカフ　オオサカシチュウオウク<br>大阪府大阪市中央区○○町○丁目○番○号　　住民票に記載の住所 |

| ※（枝番） | 氏 | 名 | 性別 | 世帯主との続柄 | 年号 | 生年月日 | 職業 | ※備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | コクホ<br>国保 | ヨシコ<br>良子 | □男<br>☑女 | 本人 | □昭和<br>☑平成<br>□令和 | 99年 99月 99日 | ☑薬剤師<br>□登録販売者　□調剤事務<br>□その他の方は必ずご記入ください<br>（　） | □第2号被保険者 |
| | | | □男 | | □昭和<br>平成<br>令和 | 年　月　日 | □薬剤師<br>□登録販売者　□調剤事務<br>□その他の方は必ずご記入ください<br>（　） | |
| | （フリガナ） | | □男<br>□女 | | □昭和<br>□平成<br>□令和 | 年　月　日 | □薬剤師<br>□登録販売者　□調剤事務<br>□その他の方は必ずご記入ください<br>（　） | □第2号被保険者 |
| | | | □男<br>□女 | | □昭和<br>□平成<br>□令和 | 年　月　日 | □薬剤師<br>□登録販売者　□調剤事務<br>□その他の方は必ずご記入ください<br>（　） | □第2号被保険者 |
| | | | □男<br>□女 | | □昭和<br>□平成<br>□令和 | 年　月　日 | □薬剤師<br>□登録販売者　□調剤事務<br>□その他の方は必ずご記入ください<br>（　） | □第2号被保険者 |

住民票記載の続柄

必ず☑をお願いします。

今迄に加入されていた健康保険に○をお願いします。

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。

ご記入は不要です。

令和 99 年 99 月 99 日　←記入された年月日

住所　大阪府大阪市中央区○○町○丁目○番○号　←住民票記載の住所

~~1種（事業主）~~ 組合員

氏名（自署）　国　保　良　子

加入される組合員ご本人がご記入ください。

上記の通りお届けいたします。

令和 99 年 99 月 99 日　←記入された年月日

住所　大阪府大阪市中央区○○町○丁目○番○号　←住民票記載の住所

組合員

氏名（自署）　国　保　良　子

加入される組合員ご本人がご記入ください。

**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<br>□大阪府薬剤師会　□兵庫薬剤師会 |
| 初回登録状況 | 未　済（期限内・期限切） |
| 発行履歴 | □資格確認書　□資格情報のお知らせ |
| 交付 | 令和　年　月　日 |

# 資格取得届（別紙）

記　入　例

| 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<br>氏名 | 個人番号／マイナンバー（12桁） | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | コクホ　ヨシコ<br>国保　良子 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

従前健康保険の資格喪失日を必ずご記入ください。
市町村国保の場合は加入中に〇を。

2. 従前の健康保険等の加入状況

- ☐ 国民健康保険　記号　　番号
- ☑ 社会保険　記号〇〇〇〇　番号〇〇〇〇
- ☐ どこにも加入していなかった
- ☐ 出　生

［保険者名　●●健康保険組合
資格喪失日　99 年　99 月　99 日　・　加入中］

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 |
|---|---|
| 同一世帯の当組合に加入しないご家族の氏名 | ☑健康保険組合・全国健康保険協会（協会けんぽ）　☐共済組合<br>☐後期高齢者医療制度　☐その他（　　） |
| | ☐共済組合<br>） |
| | ☐共済組合<br>） |

同一世帯の家族の方が市町村国保にご加入の場合は、全員で当国保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。

上記のとおり必要書類を添えてお届けします。

令和　99　年　99　月　99　日

記入された年月日

組合員ご本人がご記入ください。
家族加入の場合も組合員ご本人のお名前をご記入ください。

組合員氏名（自署）　国　保　良　子

個人番号
マイナンバー

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

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。

# 2種組合員調査票

記入例

**1. 業務内容（該当する項目に✓をつけてください）**

- ☐ ① 薬剤師等を育成する教育機関等の講師（教師）
- ☐ ② 審査支払機関における診療報酬明細書等の審査に携わる者
- ☐ ③ 学校薬剤師
- ☐ ④ 検診業務等地域の公衆衛生活動に携わる者
- ☐ ⑤ 研究機関等において薬事に関する調査・研究を行う者
- ☐ ⑥ 薬剤師会（支部を含む）・国保組合、その他薬事関係団体の役員、委員、議員等
- ☑ ⑦ 薬局又は医療機関等に勤務する薬剤師（非常勤勤務者を含む）
- ☐ ⑧ その他　※具体的にご記入ください

（　　）

**2. 勤務形態　（いずれかに✓をつけてください）**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☑ ① 常　勤 | | ☐ ② 非常勤・アルバイト | |
| 目安となる勤務日数 | 1週間 ・ 1ヶ月 ・ 1年間　のうち 21 日位 | | |

**3. 勤務場所又は事業所名**

| | |
|---|---|
| 住　所 | 大阪府大阪市中央区和泉町〇丁目〇番〇号 |
| 事業所名 | きんやく　薬　局 |

**4. 勤務証明　※いずれかの方法で証明が必要です**

☐ 上記の薬剤師の資格を有する専門職として業務に携わっていることを、書類の写しをもって証明します。

（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

または

☑ 薬剤師の資格を有する専門職として業務に携わっていることを勤務先の事業主が証明いたします。

上記の通り、薬剤師の資格を有する専門業務に携わる従業員として　99年　99月　99日より雇用していることを証明します。

| | | |
|---|---|---|
| 事業所 | 住　所 | 大阪府大阪市中央区和泉町〇丁目〇番〇号 |
| | 名　称 | きんやく　薬　局 |
| | 事業主氏名（自署） | 近　薬　太　郎 |

**5. 薬剤師会加入状況　（いずれかに✓をつけてください）**

| | |
|---|---|
| ☑ ① 大阪府薬剤師会在籍 | ☐ ② 兵庫県薬剤師会在籍 |

**6. 保険料自動振替口座　※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**

保険料自動振替（三井住友・三菱UFJ・池田泉州・ゆうちょ銀行の内から一つ選んでください。）

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 指定口座 | ゆうちょ | 銀行 | 〇〇〇 | 本・支店・出張所 | 普通・当座 | | | | | | |
| | 口座番号 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | （フリガナ）名義 | コクホ　ヨシコ<br>国　保　良　子 | |

上記のとおり、申請いたします。

令和　99 年　99 月　99 日　←記入された年月日

加入される組合員ご本人がご記入ください。

組合員氏名（自署）　国　保　良　子

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様