赤ちゃんの加入手続きについて

組合へご提出いただく書類

必要事項をご記入の上、下記書類を当組合までお送りください。

1　資格取得届

2　資格取得届（別紙）※組合員本人が記入してください。

3　個人番号の記載のある世帯全員の住民票

※３ヶ月以内に交付されたもの。外国籍の方は記載事項に省略のないもの。続柄の記載のあるもの。
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。

返送用宛名ラベル　↓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

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　☎（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）

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