

理事長	常務理事	事務長	係

長崎県薬剤師国民健康保険組合被保険者 資格取得届

被保険者 記号番号	崎薬一	資格取得年月日 ※雇用開始日、出生日等	令和 年 月 日
加入区分	一般組合員・従業員組合員・家族追加	資格取得理由	社保離脱・市町国保離脱・出生・その他
事業所	所在地 〒 _____	事業形態 ・個人 ・法人(株式・有限・合資)	
	名称  (連絡先TEL - - ) (FAX - - )	開業年月日 年 月 日	

●加入者欄 (家族追加の場合、追加される方のみご記入下さい。)

氏名	続柄	性別	生年月日	職業	個人番号(マイナンバー)	
(フリガナ)		男・女	昭・平・令		マイナンバーカード(※)の健康保険証登録の有無	
			・		有・無	
(フリガナ)		男・女	昭・平・令		マイナンバーカード(※)の健康保険証登録の有無	
			・		有・無	
(フリガナ)		男・女	昭・平・令		マイナンバーカード(※)の健康保険証登録の有無	
			・		有・無	
(フリガナ)		男・女	昭・平・令		マイナンバーカード(※)の健康保険証登録の有無	
			・		有・無	
(フリガナ)		男・女	昭・平・令		マイナンバーカード(※)の健康保険証登録の有無	
			・		有・無	

住所 〒 \_\_\_\_\_

組合員氏名 (TEL - - )  
(一般組合員または従業員組合員)

※マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限ります。

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

一般組合員(事業主)氏名