

決 裁	理 事 長	副理事長	常務理事	理 事	理 事	理 事	理 事	事 務 長	主 査	係

### 国民健康保険被保険者 資格取得届

\_\_\_\_\_  
%

(注) 1.2.3.4. 欄は該当する箇所へ印をしてください。  
 この届は世帯単位ごとに別紙に記載して提出して下さい。  
 この届は、はじめて組合に加入する場合は、この届のほかに「加入申込書」も一緒に提出して下さい。  
 (店舗がはじめて加入する場合は、この届のほかに「加入申込書」も一緒に提出して下さい。)

被保険者証の 記号・番号	記号	番	号	資格取得日	平成 年 月 日
被保険者となる 者の区分	事業主組合員 左の家族		加入区分	新規・追加	
被保険者となる者 (フリガナ)の氏名		性別	組合員 との 続柄	生年月日	員番
1		男・女		大昭平 . .	
2		男・女		大昭平 . .	
3		男・女		大昭平 . .	
4		男・女		大昭平 . .	
5		男・女		大昭平 . .	
6		男・女		大昭平 . .	
上記のとおり届けます。 平成 年 月 日 店舗名称 _____ 〒 _____ 店舗所在地 _____ 店舗電話 ( ) _____ 事業主組合員氏名 _____ 埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様					

印の欄は記入しないで下さい。  
 採用の場合は採用日を必ず記入してください。

	ラベル	マスター	異動整理簿	台帳	証明	保険証

