

決 裁	理事長	副理事長	常務理事	法令遵守 担当理事	理事	理事

事務長	担当

埼玉県薬剤師国民健康保険組合

加入申込書

※

%

フリガナ			
店舗名称 (屋号)			
店舗所在地 (組合に登録する店舗)	□□□□ - □□□□		
経営形態 個人 <input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/>	※法人の場合は登記簿上の正式な法人名称を記入してください。		
フリガナ			店舗の電話・FAX番号
事業主氏名			TEL () FAX ()
埼玉県薬剤師会入会有無 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>	入会年月日 年 月 日 入会	※ 確認

上記の通り加入したいので規約了承の上、「資格取得届」等、他必要書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

★第1種 組合員	自宅住所	□□□□ - □□□□	
	フリガナ	自宅及び連絡先電話番号	
	氏名	自宅 携帯	() ()

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

(注)

- この届けは、新規の事業所(薬局)が、当組合に加入する時に提出する申請書です。
- ★第1組合員とは、埼玉県薬剤師会会員であって、薬局又は医薬品販売業の開設者又は管理者で組合格約第4条の地区内に住所を有する者となります。
- 欄は、該当する箇所にチェック印を入れてください。
- ※欄は組合記入欄ですので記載しないでください。
- 加入申込書と併せて提出するもの
 - 「資格取得届A」(世帯ごと)
 - 「資格取得届A」に添付する必要書類(詳細は「資格取得届」裏面(2枚目)又、組合H.Pに掲載)
 - 「口座振替依頼書」
 - 「開設許可証(写し)」(組合に登録する店舗のもの)
 - 法人事業所は「登記簿謄本(写し)」

受付印