

加入申込書

記号	番号	班コード	組合員区分		資格取得日 年 月 日	加入理由	職種	被保険者証 交付年月日	特定	備考	
			1 事業主 組合員	2 従業員 組合員							
85 -		01									
ふりがな		世帯主区分	続柄	性別	生年月日	資格取得日 年 月 日	加入理由	職種	被保険者証 交付年月日	特定	備考
被保険者氏名		1. 世帯主 0. 世帯主以外	(00) 本人	1. 男 2. 女	5. 昭 7. 平 9. 令	年 月 日	2. 社保離脱 3. 社保停止 4. 出生 9. その他	1. 薬剤師 2. 事務 3. 販売 4. その他	年 月 日		
個人番号 (マイナンバー)											
被保険者氏名		1. 世帯主 0. 世帯主以外		1. 男 2. 女	5. 昭 7. 平 9. 令	年 月 日	2. 社保離脱 3. 社保停止 4. 出生 9. その他	1. 薬剤師 2. 事務 3. 販売 4. その他	年 月 日		
個人番号 (マイナンバー)											
被保険者氏名		1. 世帯主 0. 世帯主以外		1. 男 2. 女	5. 昭 7. 平 9. 令	年 月 日	2. 社保離脱 3. 社保停止 4. 出生 9. その他	1. 薬剤師 2. 事務 3. 販売 4. その他	年 月 日		
個人番号 (マイナンバー)											

上記のとおり加入いたしたく同一世帯員の該当者全員とともに申込みます。

(組合員住所記入欄)

郵便番号	(都道府県)	(市・区・郡)	
TEL ()			
申込日	令和 年 月 日	組合員となるべき者	氏名

東京都薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

事業主証明欄	上記の者を令和 年 月 日雇用したことを証明いたします。
	事業所所在地 東京都
	法人名
	事業所名 TEL ()
事業主名	事業主記号番号 85 - .

決 裁	検 印	マイナンバー入力	異動整理簿	証 交 付	係 収 受	受 付 印
常務理事	事務局長					
令和 年 月 日	記 事	加				

(注意)

一、この申込書は世帯員が新規に組合へ加入する時に提出する書類です。世帯員の一部の追加加入の場合はこの申込書ではなく資格取得届をお出し下さい。
二、太線わく内の諸事項について全部記入して下さい。
三、住民票(世帯全員と記載された省略のないもの)と、住民票に記載されている世帯員の被保険者証のコピーを添付して下さい。
四、世帯主(世帯主と記載された省略のないもの)と、住民票に記載されている世帯員の被保険者証のコピーを添付して下さい。
五、顔写真付きの本人確認書類(マイナンバーカード(両面)・免許証・パスポートのいずれか一点)の写しを添付して下さい。お持ちでない場合は、年金手帳の写しを添付して下さい。
六、不明な点がありましたら組合 〇三(三八七四)七四一までお問合わせ下さい。