

加入申込書

記号	番号	班コード	組合員区分		資格取得日 入社日など	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-											
被保険者氏名	ふりがな	世帯主 区分	続柄	性別	生年月日	資格取得日 入社日など	加入理由	職種	被保険者証 交付年月日	特定	備考
		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.生保停止 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)											
個人番号 (マイナンバー)											
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	(印)

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 (印) 事業主 記号番号 85 - .	

決 裁	検 印	給付台帳	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、太線は世帯員が記載する項目について省略のしないものと、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。
三、住民票へ世帯主と記載された区分割合欄に〇印をつけて下さい。
四、不明な点がありましたら組合へお問い合わせ下さい。
五、この申込書は世帯員が記載する項目について省略のしないものと、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。