【記入例】

【注】控えが必要な方は2部印刷するかPDFを保存してからご利用ください。

加 入 申 込 書

左端のマス目に12桁のマイナンバーを連続して入力してください。

該当する数字の上でクリックするとチェックマークがつきます。

組合に加入する全員のマイナンバーカードへの登録の有無をチェック願います。

記号	番号	班コード	組合員区分	
85 －		01	1 事業主組合員	2 従業員組合員

ふりがな / 被保険者氏名	世帯主区分	続柄	性別	生年月日	資格取得年月日 入社日など	加入理由	職種	マイナンバーカードの保険証登録の有無	特定
国保 太郎	✓1.世帯主 0.世帯主以外	(00) 本人	✓1.男 2.女	✓5.昭 7.平 9.令 50 年 1 月 3 日	6 年 11 月 1 日	2社保離脱 3生保停止 4出生 ✓0その他	✓1薬剤師 2事務 3販売 4その他	✓登録有 □登録なし	
個人番号（マイナンバー）	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3								
国保 花子	✓0.世帯主以外	子	✓2.女	5.昭 7.平 9.令 10 年 2 月 26 日	6 年 11 月 1 日	2社保離脱 3生保停止 4出生 ✓0その他		□登録有 ☑登録なし	
個人番号（マイナンバー）	4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5 6								
			1.男 2.女	5.昭 7.平 9.令 年 月 日	年 月 日	2社保離脱			
個人番号（マイナンバー）									

組合員との続柄を記入
【例】父、母、子、妻、夫、祖父、祖母

加入申込される方全員記入してください。

【注】住民票に記載のある方で組合に加入しない家族がいる場合は、その方が加入している被保険証の写し、又は資格確認書の写し、又はマイナポータル画面の写しを添付してください。

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

（組合員住所記入欄）

郵便番号	（都道府県）	（市・区・郡）	
1 1 0 0 0 1 3	東京都	台東区	入谷1-2-3 ロイヤルハイツ405

TEL 03 （ 1234 ） 5678

記入した日

申込日 令和 6 年 11 月 1 日　組合員となるべき者 氏名 国保 太郎

東京都薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

上記の者を令和 6 年 11 月 1 日雇用したことを証明い

〒 140 － 0002

事業所所在地 / 電話番号 東京都

TEL 03 3874 7411

関東厚生局の保険薬局として届出したときに付与された医療機関番号をご記入ください。

事業主											
法人名	(株)国保薬局	医療機関コード	都道府県番号	区分	医療機関番号						
	コクホ薬局	事業所のコード	1	1	4	2	2	2	3	3	3	4
	コクホ第一薬局	勤務地のコード	1	1	4	2	2	3	4	4	4	5
事業主名	都薬 一郎	事業主記号番号	85 － 99 ・ 123000									

この日付は、従業員となった日で厚生年金に加入する日と同じになります。

ご注意

一、この申込書は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写し、または資格確認書の写し、またはマイナポータルの画面の写し添付して下さい。
四、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。
五、不明な点がありましたら組合（〒三（三八七四）七四一一）までお問合わせ下さい。

決裁	
常務理事	事務局長
令和 年 月 日	

検印	マイナンバー入力	異動整理簿	証交付	係収受
記事				加

受付印