

被保険者 資格取得届

| ※ | 担当常務理事 | 事務局長 | 次 長 | 課 長 | 係 |
|----|--------|------|-----|-----|---|
| 受理 | | | | | |

資格を取得したいので、規約・規則に定める書類を添えてお届けします。

| | | |
|-----------------------|------------------------------|---|
| 税理士国保被保険者番号 (税国番号) | 組合員氏名 及び 個人番号(マイナンバー) | 組合員 自宅住所 |
| | 税 国 太 郎 (印) | 〒 5 6 5 - 0 8 2 6 TEL (0 6) 6 1 2 3 - 4 5 6 7 |
| | 個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 | 大阪府吹田市千里万博公園 8 |

| フリガナ (カナ文字) | 個人番号 (マイナンバー)12桁 | 性別 | 年号 | 生年月日 | 続柄 ※ コード | マイナンバーカード の保険証利用登録 について | ※ 取得 事由 |
|---------------|-------------------------|--------------|----------------------|-------------|-------------|--|--|
| ① 被保険者となる者の氏名 | | | | | | | |
| セ イ コ ク タ ロ ウ | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 | 1. 男 2. 女 | 3. 昭 4. 平 5. 令 | 4 0 0 1 0 1 | 本人 ※ | <input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録 | 登録か未登録に必ず☑を 入れてください。 もし登録しているかどうか 不明の場合は、 未登録の欄に ☑を入れてください |
| セ イ コ ク ハ ナ コ | 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 | 1. 男 2. 女 | 3. 昭 4. 平 5. 令 | 4 0 0 4 0 1 | 妻 ※ | <input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録 | |
| | | 1. 男 2. 女 | 3. 昭 4. 平 5. 令 | | ※ | <input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録 | |
| | | 1. 男 2. 女 | 3. 昭 4. 平 5. 令 | | ※ | <input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録 | |

理由に☑を記入ください。

| | | | | | |
|---|---|------------------------------|-------------------------------|---|--|
| 資格取得理由 (これまで加入していた健康保険の種類に☑印を記入してください。) | | | | 組合員が 勤務税理士に該当 (<input type="checkbox"/> する ・ <input checked="" type="checkbox"/> しない) | |
| <input type="checkbox"/> 協会けんぽ離脱 | <input checked="" type="checkbox"/> 市町村国保離脱 | <input type="checkbox"/> 転 入 | <input type="checkbox"/> 生活保護 | ※ 勤務税理士に該当する方は税理士証票の写しが必要です。 | |
| <input type="checkbox"/> 組合健保離脱 | <input type="checkbox"/> 世帯合併 | <input type="checkbox"/> 帰 国 | <input type="checkbox"/> その他 | 備考 | |
| <input type="checkbox"/> 各種共済離脱 | <input type="checkbox"/> 出 生 児 | <input type="checkbox"/> 無保険 | () | | |
| <input type="checkbox"/> 国保組合離脱 | <input type="checkbox"/> 異 動 | | | | |

< 記入上の注意 >

太枠内のみご記入ください。

①の欄は組合員(税理士、勤務税理士、従業員)の新規加入の場合は、本人の名前も記入してください。
氏名・フリガナ・個人番号・性別・生年月日・続柄まで必ず記入してください。

※印欄は当組合で使用します。

令和 年 月 日 組合の規約・規則等を遵守し、従業員については、その責を負います。

| | |
|------------|---|
| 事務所 所在地 | 〒 5 4 0 - 0 0 1 2 大阪 市 中 央 区 谷 町 1-5-4 |
| 代表者 氏 名 | 税 国 太 郎 (印) |
| TEL | (0 6) 6 9 4 1 - 3 2 4 3 |
| FAX | (0 6) 6 9 4 4 - 1 7 9 0 |

※ 事業所が税理士法人であっても、代表者氏名と印鑑は、個人のものをお願いします。

| | ※ 税理士 | | ※ 勤務税理士 | | ※ 従業員 | | 受理年月日 |
|----|-------|------|---------|------|-------|------|-------|
| | 本人 | 家族 | 本人 | 家族 | 本人 | 家族 | |
| 医療 | 当月 延 | 当月 延 | 当月 延 | 当月 延 | 当月 延 | 当月 延 | 交付年月日 |
| 介護 | 当月 延 | 当月 延 | 当月 延 | 当月 延 | 当月 延 | 当月 延 | |