

被保険者 資格取得届

※ 受理	担当常務理事	事務局長	次長	課長	係

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 大阪府吹田市千里万博公園8														
個人番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3									
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	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								1. 男	3. 昭 4. 平 5. 令	4	0	0	1	0		1	本人					
セイ イイコク タロウ		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	2. 女	4. 平 5. 令	4	0	0	1	0	1	※
税 国 太 郎		0	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	1. 男	3. 昭 4. 平 5. 令	4	0	0	4	0	1	妻
セイ イイコク ハナコ		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	2. 女	4. 平 5. 令	4	0	0	4	0	1	※
税 国 花 子		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	1. 男	3. 昭 4. 平 5. 令	4	0	0	4	0	1	※
理由に□を記入ください。		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令	4	0	0	4	0	1	※
資格取得理由 (これまで加入して 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)														< 記入上の注意 >								
<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																				

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
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、個人のものでお願いします。

	※ 税理士		※ 勤務税理士		※ 従業員	
	本人	家族	本人	家族	本人	家族
医療	当月	延	当月	延	当月	延
介護	当月	延	当月	延	当月	延

受理年月日
交付年月日