

※ 受理	担当常務理事	事務局長	次 長	課 長	係

税理士国保保険者番号 (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											
		国 保 一 郎 (印)												〒540-0000 TEL (0 6) 6111-2222											
		個人番号 0 0 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5												大阪府大阪市中心区京橋1-1											

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															
コ ク ホ イ チ ロ ウ				①. 男		③. 昭				本人		☐ 登録済		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	
国 保 一 郎		0 0 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5		2. 女		④. 平		5 0 0 4 0 1		※		☐ 未登録			
コ ク ホ ヤ ス コ				1. 男		③. 昭				妻		☐ 登録済			
国 保 康 子		0 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5		②. 女		⑤. 令		5 0 0 5 0 1		※		☐ 未登録			
コ ク ホ ケ ン シ				①. 男		③. 昭				子		☐ 登録済			
国 保 健 二		9 9 8 8 7 7 6 6 5 5 4 4		④. 平		⑤. 令		0 1 0 4 0 1		※		☐ 未登録			
				1. 男		③. 昭						☐ 登録済			
				2. 女		⑤. 令				※		☐ 未登録			
理由に☑を記入ください。															

資格取得理由（これまでに受け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（ ☐する ・ ☑しない ）

☒ 協会けんぽ離脱	☐ 市町村国保離脱	☐ 転入	☐ 生活保護	備考
☐ 組合健保離脱	☐ 世帯合併	☐ 帰国	☐ その他	
☐ 各種共済離脱	☐ 出生児	☐ 無保険	()	
☐ 国保組合離脱	☐ 異動			

※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。

＜ 記入上の注意 ＞

①の新規加
氏名：
勤務税理士に該当する場合は「☐する」に☑を入れ

事務所所在地	〒 540-0012 大阪府中央区谷町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

	※ 税理士				※ 勤務税理士				※ 税理士				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	