

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。

後期高齢者組合員の家族の新規加入（勤務税理士・従業員）

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
	国 保 一 郎	〒540-0000 TEL (0 6) 6111-2222
	個人番号 0 0 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5	大阪府大阪市中央区京橋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 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 ④ 平		3 0 0 5 0 1	※	☐ 未登録	
		1. 男 3. 昭				☐ 登録済	
		2. 女 4. 平			※	☐ 未登録	
		1. 男 3. 昭				☐ 登録済	
		2. 女 4. 平			※	☐ 未登録	
		1. 男 3. 昭				☐ 登録済	
		2. 女 4. 平			※	☐ 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。)

☐ 協会けんぽ離脱	☒ 市町村国保離脱	☐ 転 入	☐ 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。
☐ 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			

組合員が勤務税理士に該当 (☐ する ・ ☒ し ない)

勤務税理士に該当する場合は「☐する」に☑を入れてください。

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	〒540-0012 大阪 市 中 央 区 谷 町 1-5-4
代表者 氏 名	税 国 太 郎
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		※ 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	
介護	当月 延	当月 延	当月 延	当月 延	当月 延	当月 延	
							交付年月日

※ 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。