

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		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														※ コード					
セ イ コ ク ゲ ン キ								① 男		3. 昭				子		☐ 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	
税 国 元 気				5 4 3 2 1 5 4 3 2 1 5 4				2. 女		4. 平		0 7 0 4 0 1		※		☐ 未登録			
								1. 男		3. 昭						☐ 登録済			
								2. 女		4. 平						☐ 未登録			
										5. 令									

資格取得理由 (これより記入してください。)												組合員が勤務税理士に該当 (☐ する ・ ☒ しない)											
☐ 協会けんぽ離脱 ☐ 市町村健康保険離脱 ☐ 転入 ☐ 生活保護 ☐ 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 動覚え												※ 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。 備考											

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 大阪市中心区谷町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。

< 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。

		※ 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	交付年月日
介 護	当月	延	当月	延	当月	延	当月	延	

子供が産まれたとき(税理士世帯)