

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	
	国 保 一 郎 (印)		〒540-0000 TEL (0 6) 6 1 2 3 - 4 5 6 7	
	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 ケンシ	9 9 8 8 7 7 6 6 5 5 4 4	① 男	3. 昭	0 7 0 4 0 1	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
国 保 健 二		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	

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 ☐ 国民健康保険離脱 ☐ 転入 ☐ 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	

理由に☑を記入ください。

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 (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		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	交 付 年 月 日
介 護	当月	延	当月	延	当月	延	

子供が産まれたとき (勤務税理士・従業員世帯)