

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 ⑩	〒565-0826 TEL (0 6) 6123-4567
	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 ※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							
セ イ コ ク ゲ ン キ		① 男	3. 昭		子	☐ 登録済	
税 国 元 気	5 4 3 2 1 5 4 3 2 1 5 4	④ 女	4. 平	1 9 0 1 0 1	※	☐ 未登録	
		1. 男	3. 昭			☐ 登録済	
		2. 女	4. 平		※	☐ 未登録	
		1. 男	5. 令			☐ 登録済	
		2. 女			※	☐ 未登録	
		1. 男	3. 昭			☐ 登録済	
		2. 女	4. 平		※	☐ 未登録	
		1. 男	5. 令			☐ 登録済	
		2. 女			※	☐ 未登録	

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**

理由に☑を記入ください。

資格取得事由 (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。)	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 ☐ 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。 備考

< 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。

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 大阪市中心区谷町1-5-4
代表者 氏 名	税 国 太 郎 ⑩
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
	本人	家族	本人	家族	本人	家族		
医	当	延	当	延	当	延	当	延
療								
介	当	延	当	延	当	延	当	延
護								
							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。

離職などで他の健康保険をやめたとき (税理士世帯)