

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	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	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	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。)												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	※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											
☐ 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																						

< 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 央 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

※ 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		
	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
介 護	当月	延	当月	延	当月	延	当月	延		

市町村国保をやめるとき (税理士世帯)