

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 (06) 6111-2222
	個人番号 001122334455	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		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
国 保 健 二	998877665544	2. 女	4. 平	190101	※	☐ 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。	
☐ 組合健保離脱	☐ 世帯合併	☐ 帰 国	☐ その他	備 考	
☐ 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場合は「□する」に☑を入れてください。

太枠内の①の欄は組合員の新規加入の場合、氏名・フリガナ・性別を必ず記入してください
※印欄は当組合で使用しません

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	(06) 6941-3243
FAX	(06) 6944-1790

	※ 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	交付年月日
介護	当月 延	当月 延	当月 延	当月 延	当月 延	当月 延	

※ 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。

市町村国保をやめるとき(勤務税理士・従業員世帯)