

# 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<br>(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)           |                         | 〒540-0000 TEL ( 0 6 ) 6111-2222 |  |
|                       | 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<br>※コード | マイナンバーカード<br>の保険証利用登録<br>について | ※<br>取得<br>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 | 1 9 0 1 0 1 | 子          | <input type="checkbox"/> 登録済  | 登録か未登録に必ず☑を入れてください。<br><br>もし登録しているかどうか<br>不明の場合は、 <b>未登録の欄に</b><br><b>☑を入れてください</b> |
| 税 国 元 気       |                         | 2. 女 | 4. 平 |             | ※          | <input type="checkbox"/> 未登録  |                                                                                      |
|               |                         | 1. 男 | 3. 昭 |             |            | <input type="checkbox"/> 登録済  |                                                                                      |
|               |                         | 2. 女 | 4. 平 |             | ※          | <input type="checkbox"/> 未登録  |                                                                                      |
|               |                         | 1. 男 | 3. 昭 |             |            | <input type="checkbox"/> 登録済  |                                                                                      |
|               |                         | 2. 女 | 4. 平 |             | ※          | <input type="checkbox"/> 未登録  |                                                                                      |
|               |                         | 1. 男 | 3. 昭 |             |            | <input type="checkbox"/> 登録済  |                                                                                      |
|               |                         | 2. 女 | 4. 平 |             | ※          | <input type="checkbox"/> 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欄に☑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 ) |  |
| <input type="checkbox"/> 協会けんぽ離脱       | <input type="checkbox"/> 市町村国保離脱 | <input checked="" type="checkbox"/> 転 入 | <input type="checkbox"/> 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。  |  |
| <input type="checkbox"/> 組合健保離脱        | <input type="checkbox"/> 世帯合併    | <input type="checkbox"/> 帰 国            | <input type="checkbox"/> その他  | 備 考                           |  |
| <input type="checkbox"/> 各種共済離脱        | <input type="checkbox"/> 出 生 児   | <input type="checkbox"/> 無保険            | ( )                           |                               |  |
| <input type="checkbox"/> 国保組合離脱        | <input type="checkbox"/> 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<br>所在地 | 〒540-0012<br>大阪 市 中 央 区 谷 町 1-5-4 |
| 代表者<br>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  |       |
|     |       |    |         |    |       |    |       |

転入で住民票が同一になったとき(税理士世帯)