

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				5 4 3 2 1 5 4 3 2 1 5 4				① 男 ④ 女		3. 昭 4. 平 5. 令		1 9 0 1 0 1		子		☐ 登録済 ☐ 未登録			
税 国 元 気								1. 男 2. 女		3. 昭 4. 平 5. 令						☐ 登録済 ☐ 未登録			
								1. 男 2. 女		3. 昭 4. 平 5. 令						☐ 登録済 ☐ 未登録			
								1. 男 2. 女		3. 昭 4. 平 5. 令						☐ 登録済 ☐ 未登録			
								1. 男 2. 女		3. 昭 4. 平 5. 令						☐ 登録済 ☐ 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。

資格取得理由 (これまで加入していた健康保険の脱退理由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																							

< 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

	※ 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
介 護	当月	延	当月	延	当月	延	当月	延
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。

帰国したとき (税理士世帯)