

# 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 ( 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 ※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 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令	1 9 0 1 0 1	子	<input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録	
国 保 健 二	9 9 8 8 7 7 6 6 5 5 4 4						
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令			<input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録	
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令			<input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録	
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令			<input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 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。

勤務税理士に該当する場合は「☐する」に☑を入れてください。

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 )	
<input type="checkbox"/> 協会けんぽ離脱	<input type="checkbox"/> 市町村国保離脱	<input 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 checked="" type="checkbox"/> 帰 国	<input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 各種共済離脱	<input type="checkbox"/> 出生児	<input type="checkbox"/> 無保険	( )	備考	
<input type="checkbox"/> 国保組合離脱	<input type="checkbox"/> 異 動				

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	( 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	
	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
介護	当月 延	当月 延	当月 延	当月 延	当月 延	当月 延

受理年月日
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 (勤務税理士・従業員世帯)