

# 被保険者 資格取得届

※ 受 理	担当常務理事	事務局長	次長	課長	係

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 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>			〒540-0000 TEL (06)6111-2222 大阪府大阪市中央区京橋1-1											
個人番号	0	0	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5			
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		
① 被保険者となる者の氏名				9 9 8 8 7 7 6 6 5 5 4 4				1. 男	3. 昭	1	9	0	1 0 1 1	子	<input checked="" type="checkbox"/> 登録済
ヨクホ ケンシ								2. 女	4. 平					※	<input type="checkbox"/> 未登録
国保 健二								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。												※取得事由	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		
資格取得理由 (これまで加入していた健康保険組合へ記入してください。) 組合員が勤務税理士に該当 (□する・□しない)												※ 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。			
□ 協会けんぽ離脱			□ 市町村国保離脱			□ 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			<input checked="" type="checkbox"/> 帰国			□ その他			※ 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。			
□ 各種共済離脱			□ 出生児			□ 無保険			( )			※ 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。			
□ 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。			
勤務税理士に該当する場合は「□する」に□を入れてください。															

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 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>										
TEL	(06)6941-3243										
FAX	(06)6944-1790										

※ 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		受付年月日
	本人	家族	本人	家族	本人	家族	
医療	当月	延	当月	延	当月	延	
介護	当月	延	当月	延	当月	延	