

新規加入用

健康保険等の加入状況報告書

近畿税理士国民健康保険組合理事長 殿

貴組合への加入申込に際し、組合同約第7条に定める国民健康保険法第6条関係(適用除外)の届出をします。

世帯に属する者の氏名・生年月日 (税理士国保に加入する本人を含め、住民票が同一の方について全て記入してください。)		性別	当組合に加入する・しない いずれか○印	当組合に加入する方……………現在加入している、もしくは直近まで加入していた健康保険 当組合に加入しない方……………現在加入している健康保険 あてはまる項目に☑を付けてください		
組合員本人	氏名 (生年月日 大・昭平・令 . .)	男・女	する	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 後期高齢者保険 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 扶養家族 <input type="checkbox"/> 任意継続	<input type="checkbox"/> 左記の健康保険に加入中 <input type="checkbox"/> 脱退済(年 月 日) (退職日や扶養認定を外れた日)
家族	氏名 (生年月日 大・昭平・令 . .)	男・女	する しない	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 後期高齢者保険 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 扶養家族 <input type="checkbox"/> 任意継続	<input type="checkbox"/> 左記の健康保険に加入中 <input type="checkbox"/> 脱退済(年 月 日) (退職日や扶養認定を外れた日)
	氏名 (生年月日 大・昭平・令 . .)	男・女	する しない	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 後期高齢者保険 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 扶養家族 <input type="checkbox"/> 任意継続	<input type="checkbox"/> 左記の健康保険に加入中 <input type="checkbox"/> 脱退済(年 月 日) (退職日や扶養認定を外れた日)
	氏名 (生年月日 大・昭平・令 . .)	男・女	する しない	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 後期高齢者保険 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 扶養家族 <input type="checkbox"/> 任意継続	<input type="checkbox"/> 左記の健康保険に加入中 <input type="checkbox"/> 脱退済(年 月 日) (退職日や扶養認定を外れた日)
	氏名 (生年月日 大・昭平・令 . .)	男・女	する しない	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 後期高齢者保険 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 扶養家族 <input type="checkbox"/> 任意継続	<input type="checkbox"/> 左記の健康保険に加入中 <input type="checkbox"/> 脱退済(年 月 日) (退職日や扶養認定を外れた日)
	氏名 (生年月日 大・昭平・令 . .)	男・女	する しない	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 後期高齢者保険 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 扶養家族 <input type="checkbox"/> 任意継続	<input type="checkbox"/> 左記の健康保険に加入中 <input type="checkbox"/> 脱退済(年 月 日) (退職日や扶養認定を外れた日)

以上、上記に相違ありません。

組合員氏名

印