

被保険者 資格取得届

近畿税理士国民健康保険組合理事長 殿

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。

※	担当常務理事	事務局長	次 長	課 長	係
受理					

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
	①	〒□□□□ - □□□□ TEL () -
個人番号		

フリガナ (カナ文字) ① 被保険者となる者の氏名	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	※ 資格取得	
								※ 受付年月日	※ 取得年月日
		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			
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令			<input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録			

資格取得理由 (これまで加入していた健康保険の種類に☑印を記入してください。)

<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	組合員が勤務税理士に該当 (<input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> 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。
<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	
<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			

備考

< 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	〒□□□□ - □□□□
代表者氏名	①
TEL	() —
FAX	() —

	※ 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。