

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					

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。

被保険者証番号		組合員氏名 及び 個人番号(マイナンバー) 税 国 太 郎 (印)										組合員 自宅住所 〒565-0826 TEL (06)6123-4567 大阪府吹田市千里万博公園8																			
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	※取得事由	※ 資格取得												
セ イ コ ク タ ロ ウ 税 国 太 郎		1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3										①. 男	③. 昭	3 0 1 1 0 9			本人														
セ イ コ ク ハ ナ コ 税 国 花 子		0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9										②. 女	③. 昭	3 2 0 3 2 1			妻														
												1. 男	3. 昭				※														
												2. 女	4. 平				※														
												1. 男	3. 昭				※														
												2. 女	4. 平				※														
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。)												組合員が勤務税理士に該当 (□する ・ □しない)												<p>< 記入上の注意 ></p> <p>太枠内のみご記入ください。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>※印欄は当組合で使用します。</p>							
<input type="checkbox"/> 協会けんぽ離脱			<input checked="" type="checkbox"/> 市町村国保離脱			<input type="checkbox"/> 転入			<input type="checkbox"/> 生活保護			※新規加入組合員が勤務税理士に該当する場合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			備考																			
<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																												
平成 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 大阪府中央区谷町1-5-4																													
代表者氏名		税 国 太 郎 (印)																													
TEL		(06)6941-3243																													
FAX		(06)6944-1790																													

税理士である組合員の場合 (新規加入)

※ 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。