

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。

勤務税理士・従業員である組合員の場合（新規加入）

被保険者証番号	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 (06)6111-2222
	個人番号 001122334455	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	※取得事由	※ 資格取得	
① 被保険者となる者の氏名							※ 受付年月日	※ 取得年月日
コクホ イチロウ 国保 一郎	001122334455	①.男 2.女	③.昭 4.平	430229	本人			
コクホ ヤスコ 国保 康子	012345012345	1.男 ②.女	③.昭 4.平	450205	妻			
コクホ ケンシ 国保 健二	998877665544	①.男 2.女	3.昭 ④.平	101003	子			
		1.男 2.女	3.昭 4.平					

税理士登録をされている方が新規加入する場合は「口する」に☑を入れ、税理士証票のコピーを添付してください。

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 (口する・☑しない)
<input checked="" 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 <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	※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。
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。

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 大阪市中央区谷町1-5-4
代表者氏名	税国太郎 (印)
TEL	(06)6941-3243
FAX	(06)6944-1790

	※ 税理士		※ 勤務税理士		※ 従業員		受領年月日	
	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	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		
	証記入交付年月日							

※ 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。