

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					

[illegible]

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	※取得 事由	※ 資格取得	
					※ コード		※ 受付年月日	※ 取得年月日
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令					
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令					
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令					
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令					
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令					

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	
☐ 協会けんぽ離脱	☐ 市町村国保離脱	☐ 転 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	☐ 帰 国	☐ その他		
☐ 各種共済離脱	☐ 出 生 児	☐ 無保険	()		
☐ 国保組合離脱	☐ 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	(印)
TEL	() —
FAX	() —

[illegible]

※ 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。