

理事長	副理事長	専務理事	事務長	課長	係

国民健康保険被保険者加入申請書

1. 茨城県 2. 栃木県 3. 群馬県 4. 埼玉県 5. 新潟県 6. 長野県

被保険者証記号 番号

新規加入者氏名	本人・家族の区別	本人との続柄	性別	生年月日	区分
フリガナ 氏名	本人・家族		男・女	M T S H . .	税理士・勤務税理士・職員・家族
フリガナ 氏名	家族		男・女	M T S H . .	家族
フリガナ 氏名	家族		男・女	M T S H . .	家族
フリガナ 氏名	家族		男・女	M T S H . .	家族
フリガナ 氏名	家族		男・女	M T S H . .	家族

国保加入年月日 平成 年 月 日

加入理由 1. 出生 2. 社保離脱 3. 市町村国保離脱 4. その他 ()

上記のとおり必要書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

(フリガナ)
事務所住所 〒

(フリガナ) 事業所名称 電話 ()

税理士 (事業主) (フリガナ) 氏名 印

(フリガナ) 自宅住所 〒

申請人 (組合員) (フリガナ) 氏名 電話 () 印

関東信越税理士国民健康保険組合理事長 様

受付印



処理欄	区分	控	台帳	証
	取扱印			

※裏面の注意事項を必ずお読みになってから申請して下さい。