

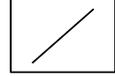
決裁	専務理事	事務局長	係員
年月日			

記号番号	84-
資格取得日	令和 年 月 日

組合員NO	
事務所NO	

【追加加入】 東京都弁護士国民健康保険組合 加入申込書・被保険者資格取得届

東京都弁護士国民健康保険組合へ加入致したく規約承認の上、同一世帯の世帯全員の者と共に申し込みます。
なお、同一世帯で東京都弁護士国民健康保険組合に加入しない者の健康保険等の加入状況は裏面記載のとおりです。



内にご記入ください		届出年月日		年	月	日
記号	84-	番号				
組合員氏名			個人番号(マイナンバー)			
住所 (住民票の記載どおり)	〒					
	※加入できる住所は規約のとおり					
	自宅または携帯電話() -					
フリガナ	ホリツジムシヨ					
事務所名	法律事務所					
所在地	〒					
	電話番号() -					

新たに追加加入される方についてご記入ください。

職業「有」に☑をされた弁護士、外国法事務弁護士、法律事務所又は外国法事務弁護士事務所に勤務し業務に従事する者は裏面をご記入ください。

家族	フリガナ				性別	昭和 平成 令和
	被保険者氏名				生年月日	年 月 日
		男・女				
	続柄	国籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他()	個人番号 (マイナンバー)		
	マイナンバーカードの健康保険証利用登録の有無 ⇒		<input type="checkbox"/> 有 (資格情報のお知らせ) <input type="checkbox"/> 無 (資格確認書)			
従来加入していた健康保険等	<input type="checkbox"/> 健保組合または協会けんぽ <input type="checkbox"/> 都道府県・区市町村国保 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 出生					
職業	<input type="checkbox"/> 1. 弁護士 <input type="checkbox"/> 2. 外国法事務弁護士 <input type="checkbox"/> 3. 法律事務所又は外国法事務弁護士事務所に勤務し業務に従事する者					
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒	<input type="checkbox"/> 4. その他 (職業 / 事業所名)					
職業「有」に☑をされた1、2、3の方は裏面をご記入ください。また別途確認書等の書面も必要となります。						

家族	フリガナ				性別	昭和 平成 令和
	被保険者氏名				生年月日	年 月 日
		男・女				
	続柄	国籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他()	個人番号 (マイナンバー)		
	マイナンバーカードの健康保険証利用登録の有無 ⇒		<input type="checkbox"/> 有 (資格情報のお知らせ) <input type="checkbox"/> 無 (資格確認書)			
従来加入していた健康保険等	<input type="checkbox"/> 健保組合または協会けんぽ <input type="checkbox"/> 都道府県・区市町村国保 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 出生					
職業	<input type="checkbox"/> 1. 弁護士 <input type="checkbox"/> 2. 外国法事務弁護士 <input type="checkbox"/> 3. 法律事務所又は外国法事務弁護士事務所に勤務し業務に従事する者					
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒	<input type="checkbox"/> 4. その他 (職業 / 事業所名)					
職業「有」に☑をされた1、2、3の方は裏面をご記入ください。また別途確認書等の書面も必要となります。						

・この届出書は当組規約第七条に基づき記載いただくものです。(当組規約は組合報または弁護士国保ウェブサイトでご確認ください)
・同一世帯の者とは住民登録を同一にし、現に起居を共にする方です。氏名は住民票の記載どおりにご記入ください。

東京都弁護士国民健康保険組合
理事長 殿

処理欄	資格情報のお知らせ	交付	被保険者数	口座振替
	資格確認書			み・三・DF・ゆ 現金・団体

東京都弁護士国民健康保険組合に加入申込しない家族の健康保険等加入状況

都道府県・区市町村国保に加入または健康保険等に加入していない方は適正な手続きが至急必要になります。組合員となる方の世帯に属する方について、国民健康保険法第六条該当の有無を確認し、適正な世帯包括適用を行うためです。

同一世帯であるが表記組合員とともに東京都弁護士国民健康保険組合に加入しない家族の健康保険等の加入状況は次のとおりです。	
氏名	現在加入している健康保険等
	<input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 弁護士国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 弁護士国保組合以外の国民健康保険組合 *下記()に国保組合名をご記入下さい。 (区市町村国保を除く 国保組合名)
	<input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 弁護士国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 弁護士国保組合以外の国民健康保険組合 *下記()に国保組合名をご記入下さい。 (区市町村国保を除く 国保組合名)
	<input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 弁護士国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 弁護士国保組合以外の国民健康保険組合 *下記()に国保組合名をご記入下さい。 (区市町村国保を除く 国保組合名)
	<input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 弁護士国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 弁護士国保組合以外の国民健康保険組合 *下記()に国保組合名をご記入下さい。 (区市町村国保を除く 国保組合名)

令和4年10月より使用関係が常用的な勤務弁護士と従業員を合わせて5人以上の個人の法律事務所が健康保険(協会けんぽ)・厚生年金保険の強制適用事業所になることから、事務所形態及び所属形態の把握が必要になります。

表面で職業「有」に☑をされた弁護士・外国法事務弁護士・法律事務所又は外国法事務弁護士事務所に勤務し業務に従事する方は下記をご記入ください。

弁護士国保ウェブサイトの「資格の適用に係る事務所形態・所属形態の関係」より該当の書類を印刷のうえ、併せてご提出お願い致します。

フリガナ		職業	<input type="checkbox"/> 1. 弁護士 <input type="checkbox"/> 2. 外国法事務弁護士 <input type="checkbox"/> 3. 法律事務所又は外国法事務弁護士事務所に勤務し業務に従事する者	
氏名				
※ 弁護士・外国法事務弁護士の場合は所属会、登録番号および職務上の氏名(職務上の氏名がなければ未記入)を記入してください。 法律事務所又は外国法事務弁護士事務所に勤務し業務に従事する者は雇用している弁護士・外国法事務弁護士の所属会・登録番号及び雇用主名を記入してください。				
弁護士会		登録番号		職務上の氏名 雇用主氏名 *法律事務所に勤務する者
事務所形態	<input type="checkbox"/> 弁護士法人 (名称:)		<input type="checkbox"/> 個人事務所	
			<input type="checkbox"/> 被用者5人以上	<input type="checkbox"/> 被用者5人未満
所属形態	<input type="checkbox"/> 勤務弁護士以外の弁護士 (代表社員・社員以外)		<input type="checkbox"/> 代表弁護士	<input type="checkbox"/> 代表弁護士
	<input type="checkbox"/> 勤務弁護士・従業員 (常用的使用関係なし)		<input type="checkbox"/> 勤務弁護士以外の弁護士 <input type="checkbox"/> 勤務弁護士・従業員 (常用的使用関係なし)	<input type="checkbox"/> 勤務弁護士以外の弁護士 <input type="checkbox"/> 勤務弁護士・従業員(常用的使用関係あり) <input type="checkbox"/> 勤務弁護士・従業員(常用的使用関係なし)
法律事務所	フリガナ	ホウリツジムシヨ		
	事務所名	法律事務所		
	所在地	〒		
		電話番号() -		

組合使用欄

備考	
----	--