

常務理事	事務長	担当部	法定区分決定決議		受付印
			標準報酬月額	新区分	
			従前 ⇒ 改定後		
			千円 ⇒ 千円		
発効年月日	平成 年 月 日				
有効年月日	平成 年 月 日				

## 健康保険限度額適用区分変更申請書

※この申請書は、すでに認定証をお持ちの方が、月額変更届等により所得区分に変動が生じた場合に提出いただくものです。

健康保険被保険者証 記号番号		—	事業所名			
被保険者氏名		生年月日		昭和	年	月 日
適用 対象者	氏名				性別	男女
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	被保険者との続柄
備考		被保険者証記号番号に代えて個人番号での申請を希望される場合はご記入下さい。 (その場合、個人番号及び本人を確認できる書類の添付が必要になります。)				
認定証送付先住所 ※やむを得ず被保険者住所で受け取ることができない場合にご記入下さい。 (下記被保険者住所と同じ場合は不要)		送付先住所: 〒 送付先宛名: やむを得ない理由				
適用区分 変更理由	標準報酬月額変更による所得区分の変更					
上記のとおり申請いたします。						
平成 年 月 日						
大阪府建築健康保険組合理事長様						
住所						
被保険者 氏名 (印)						
電話番号						
(お問い合わせさせていただく場合がありますので必ず連絡のつく番号をご記入下さい。)						