

組合記入欄	起案年月日	平成	年	月	日	決裁年月日	平成	年	月	日
	常務理事	業務部長	課長	課長代理	係長	主任	係			
	変更前 標準報酬月額	千円			変更前 適用区分	ア・イ・ウ・エ				
	変更後 標準報酬月額	千円			変更後 適用区分	ア・イ・ウ・エ				

## 健康保険限度額適用区分変更申請書

70歳未満用

申請者記入欄	被保険者の 記号・番号	(記号)	(番号)			
	被保険者	氏名		事業所 名称		
		生年月日	年	月	日	所在地
	使用する人	氏名		被保険者との 続柄		
		生年月日	年	月	日	性別 男・女
	下記被保険者欄と同じ場合は不要	〒				
	送付希望先 (住所・宛先)	(TEL )				
	適用区分 変更理由	標準報酬月額変更による				
	上記のとおり申請いたします。					
	平成 年 月 日					
大阪金属問屋健康保険組合理事長 様						
〒						
被保険者 住所						
氏名 (印)						
TEL						
備考	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)					

\*記載にあたっては裏面留意事項をご覧ください。

受付年月