

常務理事	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		令和 年 月 日		
有効期限		令和 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ご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 平成
適用 対象者	氏名			
	生年月日	昭和 平成 令和	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。)	
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			
被保険者 署名欄	上記のとおり申請いたします。 令和 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 電話番号 (日中連絡が可能な番号をご記入ください)			

上記、被保険者署名欄に記入した住所と別のところに送付を希望する場合のみご記入ください

認定証送付希望先 ※被保険者住所で受け取ることが出来 ない理由とあわせてご記入ください	送付先住所 : 〒 送付先宛名 : 送付先電話番号 : やむを得ない理由 :
---	---

項目は必ず記入してください。

◎制度の詳細については、『記入上の注意』より留意事項をご参照ください。 大阪府建築健康保険組合
業務課 TEL06-6942-3624