

| | | | | | | |
|-----------|------|-----|-----|--|---------------------|---|
| ※ | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | | 法定区分決定決議 | |
| | | | | | 標準報酬月額 / (千円) | ア 83万以上 イ 53～79万 ウ 28～50万 エ 26万以下 オ 非課税 |
| 起 案 年 月 日 | | | | | | |

※印欄は記入しないで下さい。

健康保険限度額適用認定区分変更届

| | | | | | | |
|--|-------------------|---|-------|--|----|--|
| 被 保 険 者 | 事業所名 | | | | | |
| | 記 号 | | 番 号 | | | |
| | 氏 名 | | | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | 年 月 日 | | | |
| 適 用 対 象 者 | 氏 名 | | | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | | | |
| | 住 所 | 〒 | | | | |
| 備 考 | 標準報酬月額変更による認定区分変更 | | | | | |
| <p>上記のとおり申請いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>野村健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">被保険者</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____</p> | | | | | | |