

※	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	〇〇〇〇〇株式会社				
	記 号	× × × ×	番 号	× × × ×		
	氏 名	〇 〇 〇 〇	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	× × 年 × × 月 × × 日			
適 用 対 象 者	氏 名	〇 〇 〇 〇	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	× × 年 × × 月 × × 日			
	住 所	〒 × × × - × × × × 〇〇県〇〇市〇〇〇 × × - ×				
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: right;">〒 × × × - × × × ×</p> <p style="text-align: right;">住 所 〇〇県〇〇市〇〇〇 × × - ×</p> <p style="text-align: right;">被保険者 氏 名 〇 〇 〇 〇</p>						