組合記入欄							
起案年月日	令和　　年　　月　　日			決裁年月日	令和　　年　　月　　日		
常務理事	事務長	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 70歳以上　Ⅰ・Ⅱ			
変　更　後 標準報酬月額	千円		変　更　後 適　用　区　分	ア・イ・ウ・エ 70歳以上　Ⅰ・Ⅱ			

健康保険限度額適用区分変更申請書

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			
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。

令和　　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

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