

	常務理事	庶務課長	業務課長	担当者	法定区分決定決議	
					標準報酬月額 (千)	A・B
起 案 年 月 日						

印欄は記入しないでください。

### 健康保険限度額適用認定区分変更届

被 保 険 者	記 号		番 号	
	氏 名			性 別
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日		
	住 所	〒		
適 用 対 象 者	氏 名			性 別
	生年月日	昭和・平成 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>平成 年 月 日</p> <p>水産連合健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">被保険者 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>				