

適用区分	標準報酬月額	常務理事	事務長	部長	課長	担当者
ア・イ・ウ・エ I・II	千円					
起案	令和 年 月 日					

健康保険限度額認定証適用区分変更届

被保険者の記号・番号	.					
被保険者氏名						
生年月日	昭和・平成 年 月 日					
住所	〒					
適用対象者氏名					続柄	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日					
住所	〒					
備考	1. 標準報酬月額が定時決定により変更となった 2. 標準報酬月額が月額変更により変更となった 3.					
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 神戸機械金属健康保険組合理事長殿 被保険者氏名						

・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、下記の備考欄へ記入してください。

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

【注意】

標準報酬月額の変更により適用区分が変更する場合は、すみやかに届け出てください。

830千円以上 → 区分 ア 530千円～790千円 → 区分 イ・II
280千円～500千円 → 区分 ウ・I 260千円以下 → 区分 エ