

※ 決 裁	常務理事	事務長	係長	担当者	法定区分決定決議	
					標準報酬月額 千円	適用区分
起 案 年 月 日						

※ 印欄は記入しないでください。

健康保険 限度額適用認定証 認定区分変更届

被保険者	記号・番号		氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	住 所	〒		
適用対象者	氏名			
	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>京都府農協健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">〒</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">被保険者</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>				