

※この欄は記入しないでください。	適用区分	標準報酬月額
		千円

常務理事	事務長	担当者

健康保険 限度額適用認定申請書 (290) H27.1~用

被保険者証の 記号・番号	記号	事業所の 名称・所属	名称
	番号		所属
被保険者氏名			

※ 適用対象者が被扶養者(ご家族)の場合は、下記の氏名欄・生年月日欄も記入してください。

対象者氏名	対象者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日
-------	--------------	----------	---	---	---

交付必要期間 (入院予定期間などを記入してください。)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 末日迄
--------------------------------	-----------------------

※ 次のいずれかの方法で、申請いたします。

- 被保険者が直接、健康保険組合窓口へ申し込む。
- 職場の庶務担当者など、代理人が申し込む。
- 郵送で申し込む。

受付印

※ 「限度額適用認定証」は、次のいずれかの方法でお渡しいたします。

- 被保険者へ、直接お渡しする。
- 職場の庶務担当者など、代理人にお渡しする。
- 希望先へ郵送する。

※ 代理人経由での認定証受け取り希望される場合は、下記の委任証明欄を記入してください。

私は、「限度額適用認定証」の受け取りを _____ 被保険者氏名
委任証明 _____ に委任しました。 _____ 印

※ 郵送での認定証受け取りを希望される場合は、下記の郵送依頼欄を記入してください。(入院先医療機関でも、受け取りができるのであれば、その場所を記入していただいても構いません。)申請内容等の確認をさせていただく場合がありますので必ず電話番号を記入してください。

(宛先)〒 _____ 被保険者氏名 _____ 印
郵送依頼 _____
(宛名) _____ (電話番号) _____

【申請書の郵送先】 〒556-8503 大阪市浪速区敷津東 2-1-41 南海電気鉄道健康保険組合
 【窓口の受付時間】 平日 9:00 ~ 17:30 (12:00 ~ 13:00 の間を除く)