

職場の庶務担当者などを通じて申請する場合

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	999	事業所の 名称・所属	名称	南海電鉄
	番号	999999		所属	△△部
被保険者氏名	健保 元気				

本人の場合は、記入不要

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	健保 咲子	対象者の 生年月日	昭和 平成	20年 1月 1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27年 1月 1日 ~ 平成27年 1月末日迄
--------------------------------	---------------------------

※ 次のいずれかの方

1. 被保険者が直接
2. 職場の庶務担当者
3. 郵送で申し込

※ 「限度額適用認定証」

1. 被保険者へ、
2. 職場の庶務担当者
3. 希望先へ郵送する。

交付必要期間の欄は、入院期間、通院期間等、療養にかかる見込み期間をお書きください。
(例)平成27年1月1日~平成27年1月末日。

認定期間の不足が生じないように、あらかじめ医療機関でお確かめの上、申請して下さい。

限度額適用認定証の有効期限は、申請内容に応じて設定しますが、最大で一年間です。

付 印

※ 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

代理人氏名

に委任しました。

健保 元気



※ 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

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)