

※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

郵送で申請する場合

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
2. 職場の庶務担
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
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 _____ に委任しました。 _____ 印

受け取りできるのであれば、病院等でも可です。申請内容等を確定させていただく場合がありますので、必ず連絡がとれる電話番号を記入願います。

郵送依頼 (宛先)〒542-8503 大阪市◇◇区△△5-1-60 被保険者氏名 健保 元気 印
(宛名)□□病院 第○病棟 (電話番号)06-6632-8417(自宅)

【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)