

※ 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)

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 ~ 平成 年 月末日迄
--------------------------------	--------------------

※ この申請書は、次のいずれかの方法で申請いたします。

1. 被保険者が直接、健康保険組合窓口へ申し込む。
2. 職場の庶務担当者など、代理人が申し込む。
3. 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。

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

※ 代理人経由での認定証受け取りを希望される場合は、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。 _____ ⑩

※ 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
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 _____ ⑩
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)