

※ この欄は記入しないでください。	適用区分	標準報酬月額	常務理事	事務長	担当者

職場の庶務担当者を通じて申請する場合

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	△△株式会社
	番号	◇◇◇◇◇		所属	××部
被保険者氏名	健康 太郎				

※ 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 30 年 4 月 ~ 平成 30 年 9 月末日
--------------------------------	-----------------------------

※ この申請書は、次のいずれかの方法で提出してください。

1. 被保険者が直接、
2. 職場の庶務担当者など、
3. 郵送で申し込む。

・交付必要機期間は、入院・通院期間等の療養に必要な期間を記入して下さい。
・認定機関の不足が生じないように、あらかじめ医療機関で確認の上申請して下さい。

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
委任証明
代理人 健康 太郎 被保険者氏名



※ 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)