

| | | | | | |
|-------------------|------|--------|------|-----|-----|
| ※ 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 |
| | | | | | |

千円

郵送で申請する場合

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 | 〇〇〇 | 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月末日迄 |
|--------------------------------|--------------------------|

※ この申請書は、次のいずれかに該当する場合は、

- 被保険者が直接、
- 職場の庶務担当者など、
- 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。

- 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

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。

_____(印)

ください。(入院先医療機関でも、受け取りができていない場合は、事前に医療機関で確認をさせていただく場合がありますので必ず)

被保険者氏名

郵送依頼

(宛先) 〒 542-8503 大阪市△△区〇〇5-1-60
(宛名) 健康 太郎

健康 太郎 (印)
(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)