

常務理事	事務長	GL	担当者

Application Form for Health Insurance Maximum Copayment Amount Eligibility Certificate

## 健康保険限度額適用認定申請書

記号	A-② 番号	A-③ 被保険者氏名(フリガナ)	A-④ 生年月日	
A-① ×××	××××××	ケンポ タロウ 健保 太郎	大昭平 ××年××月××日	
適用対象者	B-① フリガナ 氏名	ケンポ ハナコ 健保 花子	B- 被保険者との続柄	妻
	B-③ 生年月日	大昭平 ××年××月××日	B- 性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	B-⑤ 住所	××県××市××町××-××-×		
	治療を受ける、 または受けている 保険医療機関	B-⑥ 名称	〇〇病院	
		B- 所在地	××県××市××町××-××-×	
		B-⑧ 認定証を必要とする開始年月	××年×月	

A:  
①&② Symbol & Number of Health Insurance Card  
③ Name ④ Birth Date (YY/MM/DD)

B: Eligible dependent's Information  
① Name  
② Relationship  
③ Birth Date  
④ Sex: Male (男)・Female (女)  
⑤ Home Address  
⑥ Hospital's Name  
⑦ Hospital's Address  
⑧ Start Month of Treatment \*

\* 認定証の交付は、申請書をIBM健保で受けた日の属する月からとなります。

\* Please be noted that the certificate can be issued in the same month when the treatment starts or after the mo  
In case treatment starts in September, it is required not to issue the certificate in August.

上記の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

平成××年××月××日

Application Date

〒 ×××-××××

被 住 所 ××県××市××町××-××-×  
保 所 Address  
險 氏 名 健保 太郎 印  
者 Name Seal  
電 話 番 号 ×××-×××-××××  
Tel. No.

日本アイ・ビー・エム健康保険組合 殿

健保記入欄

本人確認: 確認済みのため適用対象者の被保険者証添付 不要  
未確認のため適用対象者の被保険者証添付 要

〒103-8510 東京都中央区日本橋箱崎町19-21 (HZD-YY1)