

|      |     |    |     |
|------|-----|----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | GL | 担当者 |
|      |     |    |     |

## 健康保険限度額適用認定申請書

|       |                               |                         |             |             |
|-------|-------------------------------|-------------------------|-------------|-------------|
| 記号    | 番号                            | 被保険者氏名（フリガナ）            | 生年月日        |             |
| ×××   | ××××××                        | けんぼ たろう<br><b>健保 太郎</b> | 大昭平         | ××年××月××日   |
| 適用対象者 | フリガナ<br>氏名                    | けんぼ はなこ<br><b>健保 花子</b> | 被保険者との続柄    | <b>妻</b>    |
|       | 生年月日                          | 大昭平<br>××年××月××日        | 性別          | 男・ <b>女</b> |
|       | 住所                            | ××県××市××町××-××-×        |             |             |
|       | 治療を受ける、<br>または受けている<br>保険医療機関 | 名称                      | <b>〇〇病院</b> |             |
|       | 所在地                           | ××県××市××町××-××-×        |             |             |
|       | 認定証を必要とする開始年月                 | ××年×月                   |             |             |

\* 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。

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

|                  |  |
|------------------|--|
| 〒                | ×××-××××   |
| 被<br>保<br>険<br>者 | 住所 ××県××市××町××-××-×                                  |
|                  | 氏名 <b>健保 太郎</b> <span style="float: right;">印</span> |
|                  | 電話番号 ×××-×××-××××                                    |

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<br>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 (H2D-YY1)