

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 健保 太郎	大昭平	××年××月××日
適用対象者	フリガナ 氏名	けんぼ はなこ 健保 花子	被保険者との続柄	妻
	生年月日	大昭平 ××年××月××日	性別	男・ 女
	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	名称	〇〇病院	
	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 保 険 者	住所 ××県××市××町××-××-×
	氏名 健保 太郎 印
	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 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)