提出先 〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町36-2
Daiwa リバーゲート南ウィング10階
日本アイ・ビー・エム健康保険組合

社内郵便番号 HZD-YY1 日本アイ・ビー・エム健康保険組合

常務理事	事務長	G L	担当

健康保険 限度額適用認定申請書

日本アイ・ビー・エム健康保険組合理事長殿

下記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

※認定証の発効年月日(効力の発生)は、原則、申請のあった日の属する月の初日となりますのでご注意ください。

被保険者欄	被保険者証	記号	番号	枝番	申請日	年 月 日
				- 00		
	氏名			生年月日	□昭和 □平成 年 月 日	
	住 所 電話番号	(〒 ー) TEL ( )				
	備 考 欄					

※健保組合に登録された住所と異なる場合、確認のためご連絡させていただきます。

認定対象者欄	療養を受ける方		生年月日	□昭和 □平成 年 月 日 □令和
	認定証を必要とする開始年月	年 月	連絡事項	
	有効期限	発効日から最初に迎える８月末までとなります。ただし任意継続被保険者・特例退職被保険者の方は最初に迎える３月末まで（もしくは喪失予定日前日まで）となります。		

認定証送付先	被保険者欄の住所以外（家族の住所/入院先の病院等）に送付を希望する場合はご記入ください。 **※被保険者住所と同じ場合は記入不要です。**
	(〒 ー) TEL ( ) ※日中の連絡先

組合記載欄

備 考
交付日 /
期間 / ～ /

決裁日付印

受付日付印