

理事長	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	
			昭 ・ 平	年 月 日
適 用 対 象 者	フリガナ 氏 名		被保険者との続柄	
	生年月日	昭 ・ 平	年 月 日	性 別 男 ・ 女
	住 所			
	治療を受ける、 または受けている 保険医療機関	名 称		
		所 在 地		
		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	
	氏 名	Ⓜ
	電話番号	
	備考	

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)