

MyHealth<sup>+</sup>  
2025

保存版

2025年4月～2026年3月

# 共同利用保養所



内容については年度途中で変更・改定する場合があります。最新情報はIBM健保組合ホームページで確認してください。

<https://www.ibmjapankenpo.jp/>

# 共同利用保養所

「共同利用保養所」は各健保組合が所有する保養所をIBM健保組合の加入者の皆様にも利用できるようにしたものです。

## 利用可能対象者

被保険者およびそのご家族

## 利用対象施設

対象施設は、右記の**健保連ホームページ**を参照ください。

## 予約後の申込書送付先

〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町36-2  
Daiwaリバーゲート南ウイング10階  
日本アイ・ビー・エム健保組合・保健事業部 (HZD-YY1)

- 返信用の封筒を同封してください。
- IBM健保組合宛に予約金等の送付が必要な場合は申込先の指示に従ってください。
- 不明な点は、健保ホームページの**Webでのお問い合わせ**または電話にてお問い合わせください。

### 注 返信用封筒

返信用封筒には必ず切手を貼ってください。  
封筒の表には申込者の氏名／住所をご記入ください。

### 健保連ホームページ

<http://hoken.kenporen.or.jp/koukai/open/OpenTop.asp>

- 「健保組合共同利用保養所」を必ず選択してください（「健保連都道府県連合会契約保養所」と「その他の健保組合共同利用施設」はご利用できません）。
- 所属健康保険組合名は全角で**日本アイ・ビー・エム**とご入力ください。

## ！ キャンセル／変更手続き

変更・キャンセルについては相手方の健保組合や保養所に変な迷惑をかけることとなりますので、原則禁止とします。やむを得ない事情により変更またはキャンセルをする場合はすぐに各保養所申込先または直接保養所へ連絡してください。連絡日によっては違約金が発生します。

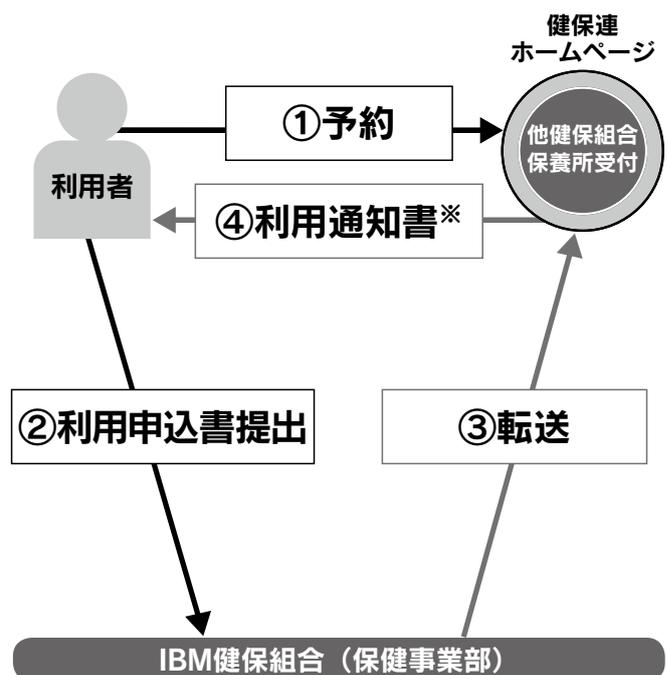
## 利用手続き

①**予約**：電話等で利用したい保養所の申込先へ予約をしてください。施設により専用申込書、返信用封筒、予約金が必要な場合がありますので予約時に確認してください。書類の郵送には時間を要しますので余裕をもって手続きを行ってください。

②**利用申込書提出**：予約後『共同利用保養所利用申込書』（次ページ）に必要事項を記入し、IBM健保組合へ送付してください。（注 返信用封筒が必要な場合は同封してください）

③**転送**：利用者がIBM健保組合の加入者であることを確認の上、IBM健保組合より各保養所申込先へ転送します。

④**利用通知書**：予約の受付が完了すると、利用申込みをした健康保険組合より『共同利用保養所利用通知書』が利用申込者宛に送付されます。保養所を利用する際にフロントに提示してください。（通知書のない施設もあります。予約の際に確認してください）



（一部施設は利用手続きが異なります。）

■申込書はコピーしてご利用ください。(送付先：〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町36-2 Daiwa リバーゲート南ウイング10階 日本アイ・ビー・エム健康保険組合／HZD-YY1)

共同利用保養所利用要領 様式一 (健康保険組合連合会)

共同利用保養所利用申込書

|                 |           |
|-----------------|-----------|
| 利用申込者氏名<br>(かな) | 〒         |
| 利用通知書の送付先       | 連絡のつく電話番号 |

|       |     |     |    |     |     |    |
|-------|-----|-----|----|-----|-----|----|
| 利用保養所 | 年月日 | 時分  | ～  | 年月日 | 時分  | まで |
| 利用月日  | 宿泊  | 年月日 | 時分 | ～   | 年月日 | 時分 |
| 食事    | 月日  | 夕   | 朝  | 夕   | 朝   | 昼  |
|       | /   |     |    | /   |     |    |
|       | /   |     |    | /   |     |    |
|       | /   |     |    | 計   |     | 計  |

| 利用者  | 氏名 | 記号番号 | 種別    | 性別  | 年齢 | 氏名 | 記号番号 | 種別    | 性別  | 年齢 | 利用者数 |    |
|------|----|------|-------|-----|----|----|------|-------|-----|----|------|----|
|      |    |      |       |     |    |    |      |       |     |    | 男性   | 女性 |
| 代表者： |    | -    | 本人・家族 | 男・女 |    |    | -    | 本人・家族 | 男・女 |    | 小人   | 名  |
|      |    | -    | 本人・家族 | 男・女 |    |    | -    | 本人・家族 | 男・女 |    | 計    | 名  |
|      |    | -    | 本人・家族 | 男・女 |    |    | -    | 本人・家族 | 男・女 |    |      |    |
|      |    | -    | 本人・家族 | 男・女 |    |    | -    | 本人・家族 | 男・女 |    |      |    |

上記利用につき 名分 円を添えて申し込めます。

西暦 年 月 日

利用申込に関する留意事項

- ▷ 利用者は、返信用の封筒・切手を同封のうえ申し込んでください。
- ▷ 利用申込み期日等、条件は各保養所によって異なります。
- ▷ 予約金が必要な場合は、予約金を添えて申し込んでください。
- ▷ 健保連指定の共同利用保養所以外の保養所はご利用できません。

※当申込書にご記入いただいた個人情報には共同利用保養所申込以外には使用しません。

組合名 日本アイ・ビー・エム健康保険組合 ㊤  
所在地 〒103-0015  
東京都中央区日本橋箱崎町36-2 Daiwa リバーゲート南ウイング  
TEL：03-5614-6441 FAX：03-5614-6444