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

常務理事	事務長	G　L	担当

オンライン資格確認（医療機関窓口でマイナ保険証または健康保険証提示により資格情報をチェックする仕組み）により、限度額適用認定証の事前申請を行わなくても、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。（ただし、非課税者は事前申請が必要です）

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	（〒×××－×××××） 東京都××区××町××－××－×× 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 ☐令和 ××　年　××月××日
	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。** （〒　　－　　） TEL　　（　　）　　※日中の連絡先

宛名は被保険者名となります。様方等までご記入いただき必ずお受け取りいただける宛名をご記入ください。

組合記載欄

備考
交付日　　/
期間　　/　　～　　/

決裁日付印	受付日付印