

提出先 〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町36-2
Daiwa リバーゲート南ウイング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申請書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 - 00	申請日 × × 年 × × 月 × × 日
	氏名	× × × × × × × × × ×			生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 × × 年 × × 月 × × 日 <input type="checkbox"/> 平成
	住 所	(〒 × × × × - × × × × × ×)			
	電話番号	東京都 × × 区 × × 町 × × - × × - × × × × TEL × × (× × × × × ×) × × × × × ×			
	備 考 欄				

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方	× × × × × × × × × ×	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 × × 年 × × 月 × × 日 <input type="checkbox"/> 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・特例退職者の方は最初に迎える3月末まで(もしくは喪失予定日まで)となります。	

送 付 希 望 先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅住所(被保険者住所に限ります)	<input type="checkbox"/> IBM社内便 ()
	<input type="checkbox"/> 指定住所 (〒 -) TEL () ※日中の連絡先	

組合記載欄

備 考

決裁日付印

受付日付印