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 ××××××	申請日	××年××月××日
	氏名・印	×× ××× ◯		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				

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・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	☑ 自宅住所（被保険者住所に限ります）	□ ＩＢＭ社内便（　　）
	□ 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