

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・ピー・エム健康保険組合
社内郵便番号 HZD-YY1 日本アイ・ピー・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・ピー・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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	住 所	(〒 -)				
	電話番号	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 type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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・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 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