



健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

イオン健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり申請します。

平成 年 月 日

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号と番号		事業所の 名 称		部・室 店 名		
	被 保 險 者 名 氏 名	シヤチハタ印は使用しないで下さい		被 保 險 者 所 住	〒 -		
	被 保 險 者 日 生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	男 女	TEL	()	
	認 定 対 象 者 氏 名		続柄	認 定 対 象 者 住	〒 -		
	認 定 対 象 者 生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	男 女	TEL	()	
疾 病 名	1. 血友病						
	治療開始日 年 月 日						
	2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全						
透析開始日 年 月 日							
3. 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症							
治療開始日 年 月 日							
医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。						
	平成 年 月 日						
	医療機関の名称						
	医療機関の所在地						
	電 話						
医 師 名 _____ ㊟							
組 合 処 理 欄	標準報酬月額	千円		給付制限入力 【長期（特定）疾病】	. .	台 帳 照 会	
	自己負担限度額	円		給付制限入力 【人工透析】上位のみ	. .	被 保 險 者	
	交 付 決 定 伺			発効年月日	. .	喪 失	
	常務理事	事務長	課 長	係	交 付 年 月 日	. .	認 定
					発 送 日	. .	取 消