各付印

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。　　令和　　年　　月　　日

被保険者が記入する欄

被保険者証の記号と番号			事業所の名称		部・室店名	
被保険者氏名			被保険者住所	〒　－ TEL　（　　）		
被保険者生年月日	昭・平　　年　　月　　日生					
認定対象者氏名		続柄	認定対象者住所	〒　－ TEL　（　　）		
認定対象者生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日生					

疾病名

1. 血友病
（血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害）
治療開始日　平・令　　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　平・令　　年　　月　　日

3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
（ＨＩＶ感染症を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る）
治療開始日　平・令　　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。

令和　　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	・　・	被保険者	・　・	取得		
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	・　・	被扶養者	・　・	認定
				発送日	・　・		・　・	取消

2023. 3. 1