



# 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・室名			
	被保険者名	シャチハタ印は使用しないで下さい		被保険者住所	〒 -			
	被保険者生年月日	昭・平	年 月 日	性別	TEL	( )		
	認定対象者名		続柄	認定対象者住所	〒 -			
	認定対象者生年月日	昭・平・令	年 月 日	性別	TEL	( )		
疾病名	1. 血友病							
	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. 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	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	.	.	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	.	.	認定
					発送日	.	.	取消