



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 1 年 5 月 20 日

被保険者が記入する欄	被保険者証の記号と番号	8	123456	事業所の名称	イオンリテール(株)	部・室名	マリンピア店	
	被保険者名	伊音 太郎			被保険者住所	〒 123 - 1234		
	被保険者生年月日	昭・平	56 年 9 月 17 日	性別		千葉県〇〇市△△町5-5		
	認定対象者名	伊音 太郎			認定対象者住所	〒 123 - 1234		
	認定対象者生年月日	昭・平・令	56 年 9 月 17 日	性別		千葉県〇〇市△△町5-5		
疾病名	<p>1. 血友病 治療開始日 平・令 年 月 日</p> <p>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 1 年 5 月 9 日</p> <p>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</p>							
医師の意見欄	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p>令和 1 年 6 月 8 日</p> <p>医療機関の名称 〇〇病院</p> <p>医療機関の所在地 千葉県〇〇市〇〇町123-1</p> <p>電話 043 (321) 4321</p> <p>医師名 鈴木 三郎</p>							
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	.	被保険者	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	.	被扶養者	取消