



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 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 千葉県〇〇市△△町5-5			
	被保険者生年月日	昭・平	56年9月17日	TEL	043 (123) 1234			
	認定対象者名	伊音 太郎	続柄	本人	認定対象者住所	〒123 - 1234 千葉県〇〇市△△町5-5		
	認定対象者生年月日	昭・平・令	56年9月17日	TEL	043 (123) 1234			
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	〇	年	5	月	9	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 6月 8日							
	医療機関の名称 ○〇病院							
	医療機関の所在地 千葉県〇〇市〇〇町123-1							
	電話 043 (321) 4321							
医師名 鈴木 三郎								
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	.	.	認定
					発送日	.	.	取消