|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 伺年月日 | 令和 　年 　 月 　日 | |
| 受 　付 | 令和 　年 　 月 　日 |  | 常務理事 | 事務長 | 係 |
| 決 　定 | 令和 　年 　月 　 日 |  |  |  |
|  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健保  記入欄 | 標準報酬月 額 | 円 | 自己負担限 度 額 | 1万円・2万円 |  | 事業所担当者 |  |
| 発効開始年 月 日 | 令和　　年　　月 　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | |
|  | 被保険者が記入する欄 | 被保険者氏名  及び生年月日 | 昭・平・令　 年　　月　 日 | 被保険者等の  記号・番号 | | － | | |  | |
| 認定対象者の  氏　　　　名 |  | 認定対象者  の生年月日 | 昭  平　　　年　月　　日  令 | | 被保険  者との  続　柄 |  |
| 認定対象者の  住　　　　所 |  | | | | | |
|  | １．人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全  ２．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因子障害等）  ３．抗ウィル剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。） | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  |  | うえ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  　　　　　　　　　　　　　名　　称  　　　　　　　医療機関の  　　　　　　　　　　　　　所 在 地 | | | | | | | |  |
| 上記のとおり申請します。  　　　　　　令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所  　　　　　　　　　　　　　　　被保険者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名  セイコー健康保険組合理事長　殿 | | | | | | | | | | |