|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 |