

発効年月日	平成 年 月 日
証返納年月	月 日
標準報酬月	千円
自己負担限度額	1万円 2万円

常務理事	事務長	検算	係

アクサ生命保険健康保険組合 理事長殿

健康保険 特定疾病療養受療証交付

被保険者が記入する欄
(太枠内①～⑨欄)

申請書を記入した

①申請年月日	平成 28 年 12 月 5 日		
②被保険者証の 記号 - 番号	103 - 12345	③被保険者の氏名・印	阿草 太郎 阿草
④被保険者の 事業所名称 および所属	<input checked="" type="checkbox"/> アクサ生命保険(株) <input type="checkbox"/> アクサダイレクト生命保険(株) <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者→所属欄記入不要	港 白金 局・支社・部・本部 営業所・課	
⑤被保険者の 現住所	〒108-8020 東京都港区白金1-2-3 白金マンション654号室		
⑥被保険者の日中連絡先 ※お問合せの際に使用します	所属・ 携帯 ・自宅	090 - 1224 - 5678	
⑦特定疾病認定対象者氏名	阿草 花子	続柄 (妻) 生年月日 昭和 48 年 12 月 1 日	
⑧疾病名(該当番号に○印)	1. 血友病 ② 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全		
⑨対象者の医療費助成について	① 受けている → 受けている制度の名称 (障がい者) 医療費助成 ※ 1. に該当する場合は、交付されている医療証・受給者証等の写しをご提出下さい。 2. 受けていない → 後日助成が受けられるようになった場合は、医療証等の写しをご提出下さい。		
備考欄(健保証記号番号記載の代わりに個人番号を使用する場合は、必ず事前に健康保険組合にご相談ください)			

⑨対象者が医療費助成を受けている場合は、本申請書の他に、医療証・受給者証の写しもご提出ください

医師証明欄	1. 血友病と認定した日 2. 人工透析治療を開始した日 3. 抗ウイルス剤投与を開始した日	平成 年 月 日
	上記のとおり診察 平成 年	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; color: red; text-align: center;"> この欄へは医師からの証明を受けてください。 </div>
	名称 医療機関の所在地 電話 医師名	◎

受付年月日