

発効年月日	令和 年 月 日
証返納年月日	令和 年 月 日
標準報酬月額	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申請書

①申請年月日	令和 年 月 日		
②被保険者証の 記号 - 番号	-	③被保険者の氏名・印	
④被保険者の 事業所名称 および所属	<input 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		局・支社・部・本部 営業所・課 分室
⑤被保険者の 現住所	〒 - 都 道 府 県		
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	-	-
⑦特定疾病認定対象者氏名		続柄 ()	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
⑧疾病名(該当番号に○印)	1. 先天性血液凝固因子障害の一部(血友病) 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染者		
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 ()医療費助成 ※ 1. に該当する場合は、 <u>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。</u> 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、 <u>医療証等の写しをご提出下さい。</u>		
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)			

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	令和 年 月 日
	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 月 日 名称 医療機関の所在地 電話 医師名 ㊟	

受付年月日