

健保へ直送してください

CPAP給付事業 診療申込書

令和 年 月 日 現在

被保険者等情報 (右詰で記入)				フリガナ	
記号	番号	受診者 氏名			
所属事業所名					
住所	〒(- -) 電話番号(- -) ※内線不可				
※医療機関からの連絡や機材等の発送に必要なため、正確に記載下さい。					
メールアドレス	@				

新規で診療申し込みをする方	申込区分 (該当するものにチェック□をつける)	
	<input type="checkbox"/>	① 健保主催のSASスクリーニング検査を受検しAHIが20以上 【添付書類】・検査機関から交付された結果票の写し
	<input type="checkbox"/>	② 過去1年以内に医療機関等で実施したSAS検査でAHIが20以上 【添付書類】・医療機関が発行した検査結果の写し
	<input type="checkbox"/>	③ 別の医療機関でC-PAP治療を受けていて、本事業に参加する 【添付書類】・医療機関が発行した診療情報提供書（別紙）
本事業に申し込むにあたって、以下の事項をご確認ください。		
(了承いただけない場合は参加できません)		
<input type="radio"/> 毎月自己負担額（3000円）の支払が発生します。 (医療機関へ直接お支払いいただきます) <input type="radio"/> 医療機関の医師や診療スタッフの指示を順守していただきます。 <input type="radio"/> CPAPの装着時間や頻度が低い場合には、健保より連絡いたします。 効果が見られない場合、本治療事業への参加をお断りすることがあります。		
(上記③で申し込む方)		
<input type="radio"/> 既存のCPAP機材は継続して使用できません。（ご自身で返却していただきます） <input type="radio"/> 睡眠時無呼吸症候群以外の傷病についての診察及び投薬は受けられません。		
上記事項を確認いたしました。 <u>受診者氏名（自署）</u>		

診療を中止する場合	CPAP給付事業の中止を希望される場合は、「ゆみのクリニック渋谷桜丘」にご連絡をお願い致します。	
	【ゆみのクリニック渋谷桜丘】	
	電話 03-5784-2268 (受付時間10:00~20:00) メール yumino-cpap@yumino-clinic.com	
	<u>「CPAP治療事業の参加者」であることを申し出て下さい。</u> ゆみのクリニック渋谷桜丘の担当者とご相談いただき、治療中止の決定後当健保より診療中止日のご連絡を差し上げます。 <u>※ 当健保を資格喪失する際は、連絡の必要はありません。</u>	



↑ QRコードを読み取っていただくと、メール作成画面が開きます。

【個人情報の提供について】

本申込書に記載された内容（個人情報を含む）はゆみのクリニック渋谷桜丘（医療法人社団ゆみの）に提供致します。

また、本申込書の提出により、個人情報の提供に同意いただいたものと致します。

なお、ゆみのクリニック渋谷桜丘においては、厚生労働省規則により守秘義務扱いとなり厳重に管理されます。

診療情報提供書

三菱自動車健康保険組合 御中
ゆみのクリニック渋谷桜丘 ご担当医 御机下

保険医療機関

所在地

名称

保険医氏名

(印)

受診者情報	氏 名 (生年月日 年 月 日)		
これまでの治療経過			
診断 PSG 実施日	年 月 日 (実施時 AHI)	使用機器の設定圧	CPAP 圧： 呼気リリーフ：
CPAP 使用開始日	年 月 日		メーカー： 種類： サイズ：
診断時 AHI		マスク パターン	

<ご担当医へお願い>

当健保組合が実施する SAS 治療における CPAP の処方は、被保険者への直接給付事業となります。制度上、SAS 以外の傷病に関する給付を行うことができませんので、SAS 以外の傷病への加療・投薬は貴院にて継続していただく様お願い申し上げます。