# C－PAP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 | | | | | | | | | | | | |
| メールアドレス | @ | | | | | | | | | | | | |

**※医療機関からの連絡や機材等の発送に必要なため、正確に記載して下さい。**

**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）

☐ 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

☐ 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

☐ 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）

○ 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）
○ 医療機関及び医師・診療スタッフの指示を順守していただきます。
○ C-PAP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）**

○ 既存のC-PAP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）
○ 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。　受診者氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**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。（健保への申請は不要です）

【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

**「三菱自動車健保のCPAP治療事業の参加者」であることを申し出て下さい。**

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。

※ 当健保を資格喪失する際は、連絡の必要はありません。

↑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。