透析患者 各位

2023 年 3 月吉日
一般社団法人 愛知県腎臓病協議会
代表理事 伊藤寿男
〒461-0011　名古屋市東区白壁 1-50
TEL:052-228-8900 FAX:052-228-8901

2023 年度 新規会員入会のお願い

皆様、一般社団法人愛知県腎臓病協議会（愛腎協）という組織をご存じですか。

透析患者の「生命と暮らしを守る」をスローガンのもと愛知県下の病院・クリニックで透析治療されている患者の皆様で設立された団体です。会員一同、透析患者の為に日々活動をしています。

愛腎協は設立されて今年で 53 年を迎えます。今日まで愛腎協会員によって、「生命と暮らしを守る」活動が受け継がれてきました。先人が命を懸けて行った活動により透析医療費助成制度が勝ち取られ、延命治療が可能となりました。現在の快適な透析治療を受けられることに我々は「感謝」するべきではないでしょうか。

しかし現在、透析治療を受けている患者の多くは、「最初から恵まれた制度」の中で透析治療を受けています。これが当たり前だと思い、そのありがたさがわからないのかもしれません。

現在、透析患者は一人あたり平均年間約 500 万円の医療費がかかります。この医療費が健康保険の特例や県市町村からの助成により軽減されています。この制度を一日も長く継続できるよう愛腎協は行政・議員に要望･陳情を行い､縣命に活動しています。

しかし、国や地方自治体の財政も逼迫しており、患者の自己負担を増やそうとする動きが始まっているのです。

少人数の訴えでは､行政は動いてくれません｡**患者同士で団結してこの有難い制度を守っていかなくてはなりません。**制度が後退（自己負担増額）してからでは遅いのです。

自分の将来や、この先透析患者になる人の為にも、愛腎協に入会していただき、一緒に活動していきましょう。一人ひとりの入会が大きな力となり、明日のあなたの生命と暮しを守ります。**ぜひ、あなたも愛腎協に入会して下さい。お待ちしております。**

お申し込み方法

1 右の「**新規入会申込書**」を記入する

2 「入会のお願い」の封筒に**名前を記入し年会費（3,600 円）と一緒に入れる**
※なるべくお釣りが出ないようご協力をお願いいたします。

3 病院の代議員へお渡しください

年会費 **3,600** 円
（全腎協 1,800 円 ＋ 愛腎協 1,800 円）
別途、病院患者会の年会費が含まれる場合がございます

自分達の「生命と暮らしを守る」ためにに入会をお願いします。

2023 年度　新規入会申込書

愛腎協事務局（提出用）

申込日：　　年　　月　　日

病院名（通院施設）			
氏　名	フリガナ （性別：　男性　・　女性　）		
住　所	〒　　ー		
連絡先（電話番号）	透析日：月水金　・　火木土　（ 朝 ・ 昼 ・ 夜 ）	会　費	年会費 **3,600** 円 ※月割はおこなっておりません
生年月日	西暦　　年　　月　　日	透析導入年月日	西暦　　年　　月　　日

2023 年度　新規入会申込書

病院代議員用（控え用）

申込日：　　年　　月　　日

病院名（通院施設）			
氏　名	フリガナ （性別：　男性　・　女性　）		
住　所	〒　　ー		
連絡先（電話番号）	透析日：月水金　・　火木土　（ 朝 ・ 昼 ・ 夜 ）	会　費	年会費 **3,600** 円 ※月割はおこなっておりません
生年月日	西暦　　年　　月　　日	透析導入年月日	西暦　　年　　月　　日

（注意）「氏名」･「透析導入年月日」･「生年月日」は「会員証カード」作成及び毎年行われる「長期透析表彰」の資料となります。
記入がない場合は「会員証カード」が空欄で発行されますので必ず記入してください。

領　収　書

年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿ 様

￥ 3,600 ★

但し、年会費として上記正に領収しました。

一般社団法人　愛知県腎臓病協議会

病院社員（代議員）　　印

※個人情報の取り扱いについて…申込書にご記入いただいた情報は愛腎協の活動以外の目的で使用することはありません