

## 2024年度 新規会員入会のお願い

皆様は、一般社団法人愛知県腎臓病協議会（略：愛腎協）という組織をご存じですか。透析患者同士が安心して治療を受けられる医療制度や福祉制度をつくり、その制度を守ることを目的とした患者による組織です。治療と生活に関わる切実な問題解決の実現を目指して、国・県・各市町村の行政・議員に毎年、根気よく働きかけを行っている組織です。

現在、透析医療費・薬代の「自己負担がほとんどないのはどうして?」と思いませんか？これは、先人達が命がけで国に働きかけ、勝ち取った医療費助成・福祉助成制度のおかげです。この制度が何もしないで未来永劫に続くと思うのは大きな間違いです。なぜならば、昨今の物価高騰による消費の低下の為、国・県の財政状況が疲弊しており、それを補うために医療費の自己負担が発生する可能性が高くなっています。一度でも自己負担が発生しますと一生払い続けることになり大きな経済的な負担をしいられます。（年間約 20 万円以上の個人負担が発生する可能性もあるかもしれません。）

医療費助成制度等を維持する為には、行政や議員と常にコンタクトをとり、私達透析患者の現状を訴え続けていかなければなりません。しかしながら、少人数の患者会（患者組織）では、行政も議員も相手にしてくれないのが現実です。そこで大切なのが「**会員数の多さ、結束力、実行力**」です。大きな組織をバックボーンに行政・議員に根気よく訴えることが現在の医療費自己負担 0（ゼロ）を維持することになります。

また、患者の高齢化に伴い自分 1 人で通院できない患者が増加しています。ほとんどの透析施設は無料送迎車を使って多くの患者の通院をサポートしています。しかし、この送迎は医療保険の対象外ですから、透析施設の経済的負担は毎年増加しています。（送迎車 1 台で年間維持費約 800 万円以上）全患者数の約 45%が無料送迎通院の対象となっています。施設によっては、そろそろ利用者に送迎費用一部負担を検討している施設もあるそうです。

愛腎協及び愛知県透析医会等では県に対して施設側に「移動助成金」実施を強く要請しています。

現在の「**医療助成制度の維持**」や「**送迎問題等**」の難題を解決するためには「透析患者全員の力」が必要となります。皆様の入会が「大きな力」となり、明日のあなたの「**命と暮らしを守ります**」。ぜひ、愛腎協に入会していただき、「**安心・安全な透析生活**」を一緒に作っていきましょうではありませんか。ご協力をお願い致します。

### 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**」  
 ために入会をお願いします。

## 2024年度 新規入会申込書

申込日： 年 月 日

|               |                     |                                      |          |
|---------------|---------------------|--------------------------------------|----------|
| 病院名<br>(通院施設) |                     |                                      |          |
| 氏名            | フリガナ (性別： 男性 ・ 女性 ) |                                      |          |
| 住所            | 〒 -                 |                                      |          |
| 電話番号<br>(連絡先) | 会費                  | 年会費 <b>3,600 円</b><br>※月割はおこなっておりません |          |
| 生年月日          | 西暦 年 月 日<br>(満 歳)   | 透析導入<br>年月日                          | 西暦 年 月 日 |

愛腎協事務局（提出用）

## 2024年度 新規入会申込書

申込日： 年 月 日

|               |                     |                                      |          |
|---------------|---------------------|--------------------------------------|----------|
| 病院名<br>(通院施設) |                     |                                      |          |
| 氏名            | フリガナ (性別： 男性 ・ 女性 ) |                                      |          |
| 住所            | 〒 -                 |                                      |          |
| 電話番号<br>(連絡先) | 会費                  | 年会費 <b>3,600 円</b><br>※月割はおこなっておりません |          |
| 生年月日          | 西暦 年 月 日<br>(満 歳)   | 透析導入<br>年月日                          | 西暦 年 月 日 |

病院代議員用（控え用）

（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