

常務理事	事務長	担 当 者

健 康 保 険
特 定 疾 病 療 養 受 療 証
交 付 申 請 書

被 保 険 者 記 入 欄	事業所名				所 属			
	被保険者証の 記号・番号				被保険者の 氏 名			
	認定対象者の 氏 名				認定対象者の 生年月日	年	月	日
	認定対象者の 住 所	〒 (TEL — —)						
	疾 病 名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群						

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 医療機関の 所在地 名 称 医師名 印
----------------------------	---

上記のとおり申請します。
年 月 日
被 保 険 者 住 所
氏 名

ロイヤルホテル健康保険組合 殿

印
※自署の場合は 押印不要

受 付 日 付 印