

様式第二(第二十八条関係)

〇〇都道府県国民健康保険 特別療養証明書 有効期間 年 月 日から 年 月 日まで 交付年月日 年 月 日交付										
世帯主	氏 名									
	住 所									
受給者の氏名	氏 名 生 年 月 日	年 月 日生	男・女							
	現 住 所									
	一般被保険者・退職被保険者等の別	1 一般被保険者 2 退職被保険者 3 2の被扶養者								
交付者	所 在 地									
	保険者番号、名称及び印	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
療養給付の記録	保険医療機関等の名称及び保険医等の氏名	名 称	氏 名							
	傷 病 名									
	開 始 年 月 日	年 月 日	年 月 日							
	入 院 年 月 日	年 月 日	年 月 日							
	終 了 年 月 日	年 月 日	年 月 日							
	転 帰									
	請 求 金 額	円	円							

備考 この用紙は、B列5番とすること。