

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

組 合 員	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					
保 険 者	所在地						
	保険者番号、名称及び印						
療養給付の記録		保険医療機関等の名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。