

様式第二(第二十八条関係)

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: fit-content;">                 ○○都道府県国民健康保険 特別療養証明書             </div> <p style="text-align: center;">有効期間 年 月 日から 年 月 日まで 交付年月日 年 月 日交付</p>									
世帯主	氏 名								
	住 所								
受給者氏名	氏 名 生 年 月 日	年 月 日生							
	現 住 所	男・女							
交付者	所 在 地								
	保険者番号、名称及び印	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></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。