

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 | | | | | | | | |
| 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。