

様式第二の二(第二十八条関係)

<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 5px;">国民健康保険特別療養証明書</div>										
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 氏 名	氏 名 生 年 月 日	年 月 日生	男 ・ 女							
	現 住 所									
保 険 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。