

様式第二の二(第二十八条関係)

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 <u>交付年月日</u> 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; vertical-align: middle;"> <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>								
保険医療機関等の 名及び保険医等 の氏名		名	氏 名							
療養給付 の 記 録										
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。