

様式第二(第二十八条関係)

○○都道府県国民健康保険 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			
世帯主	氏 名		
	住 所		
受給者氏名	氏 名 生 年 月 日	年 月 日生	男・女
	現 住 所		
交付者	所 在 地		
	保険者番号、名称及び印		
保険医療機関等の 名称及び保険医等 の氏名 療養給付 の 記 録		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。