

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		
保険医療機関等の 名及び保険医等 の氏名 名 称 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。