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<br>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。