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

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		

保険医療機関等の名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。