様式第十七号（第百三十一条関係）

（一）

健康保険被保険者
特別療養費受給票

健康保険被保険者手帳の記号及び番号			
本人	氏名		男・女
	生年月日	明 大 昭 平 令　年　月　日	
	住所		
	居所		
保険者番号及び交付機関名			印
交付年月日		令和　年　月　日	
有効期間		令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	