（裏　面）

健康保険　特別療養証明書

令和　　年　　月　　日　交付

被保険者であった者	記　号		番号	（枝番）
	氏　名		性別	男・女
	生年月日	昭・平・令　　年　月　日生		
	住　所			
受給者	記　号		番号	（枝番）
	氏　名		性別	男・女
	生年月日	昭・平・令　　年　月　日生		
	住　所			
保険者	所在地			
	保険者名称及び番号印			

療養給付記録1	傷病名			
	開始年月日	令和　　年　　月　　日		
	受給期限	令和　　年　　月　　日		
	終了年月日	令和　　年　　月　　日	転帰	
療養給付記録2	傷病名			
	開始年月日	令和　　年　　月　　日		
	受給期限	令和　　年　　月　　日		
	終了年月日	令和　　年　　月　　日	転帰	
療養給付記録3	傷病名			
	開始年月日	令和　　年　　月　　日		
	受給期限	令和　　年　　月　　日		
	終了年月日	令和　　年　　月　　日	転帰	