様式第十三号（第九十九条関係）

（表　面）

健康保険特定疾病療養受療証

令和　　年　　月　　日交付

認定疾病名			
受診者	氏名及び生年月日	昭　平　令　　年　　月　　日生	男　女
	住所		
被保険者	記号		番号　（枝番）
	氏名及び生年月日	昭　平　令　　年　　月　　日生	男　女
自己負担限度額			
発効期日	令和　　年　　月　　日から有効		
保険者名及び印			