様式第一号の七（第二十七条の十三関係）

（表面）

○○都道府県国民健康保険
特定疾病療養受療証

有効期限　　年　　月　　日
交付年月日　　年　　月　　日

認定疾病名				
記号		番号	（枝番）	
被保険者	氏名			男・女
	生年月日	年　　月　　日		
発効期日		年　　月　　日		
自己負担限度額				
保険者番号並びに交付者の名称及び印				