様式第一号の七の二（第二十七条の十三関係）

（表面）

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 | | | | |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印 | | | | |