

2. 特定疾病療養受療証

| 健康保険特定疾病療養受療証 | | | |
|---------------|------------------|--------------|--------|
| 平成 年 月 日 交付 | | | |
| 認定疾病名 | | | |
| 受診者 | 氏名 及び 生年月日 | 平 年 月 日生 | 男 女 |
| | 住所 | | |
| 被保険者 | 記号 | 番号 | |
| | 氏名 及び 生年月日 | 明大昭平 年 月 日生 | 男 女 |
| 自己負担限度額 | | | |
| 発効期日 | | 平成 年 月 日から有効 | |
| 保険者名 及び印 | | | |