別紙様式第28号

# 特別療養給付管理台帳

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 組合員であつた者に関する事項 | 旧組合員の組合員等記号・番号 | | 旧所属機関名 | |
| | 氏名、生年月日及び性別 | 年　月　日　男　女 | | |
| | 現住所 | | 組合員資格喪失年月日 | 年　月　日 |
| 療養者に関する事項 | 氏名、生年月日及び性別 | 年　月　日　男　女 | 旧組合員との続柄 | |
| 証明書の受給期限 | 年　月　日 | 他制度による療養給付の可否<br>(可の場合における制度の名称) | 可　否<br>(制度の名称：　　) | |

| 傷病名 | 給付開始年月日 |
|---|---|
| | 年　月　日 |
| | 年　月　日 |
| | 年　月　日 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 資格喪失の際療養の給付等を担当していた保険医療機関等の名称及び所在地 | 名称 | | | |
| | 所在地 | | | |
| 現に療養の給付等を担当している保険医療機関等の名称、所在地及び診療に従事する保険医の氏名 | 名称 | | 保険医の氏名 | |
| | 所在地 | | | |
| 申請の際の傷病の程度及び療養等の状況 | | | | |
| 証明書交付年月日 | 年　月　日 | 証明書回収年月日及び回収理由 | 年　月　日 | |

給付記録

| 傷病 | 療養機関名 | 転帰年月日 | 備考 |
|---|---|---|---|
| | | 年　月　日 | |
| | | 年　月　日 | |
| | | 年　月　日 | |
| | | 年　月　日 | |
| | | 年　月　日 | |
| | | 年　月　日 | |
| | | | |

備考　用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。