受給資格証明書 被保険者証	有効期限　年　月　日	受診者	ふりがな		船舶所事業所 船舶所者	所在地	
	記号		氏名			名称	
	番号		生年月日	年　月　日生	保険者	所在地	
被保険者氏名			住所	電話　局　番（自・呼）		名称	
資格取得	昭和 平成　年　月　日		職業	被保険者との続柄		番号	

公費負担者番号							
公費負担医療の受給者番号							

公費負担者番号							
公費負担医療の受給者番号							

傷　病　名	業務	開始	終了	転帰	診療実日数	期間満了予定日

S　O　A　P	処方、手術、処置　等
年　月　日	年　月　日
年　月　日	年　月　日
年　月　日	年　月　日