

入院期間証明書（標準負担額減額長期該当認定用）

保 険 種 別 国民健康保険 後期高齢者医療制度

被保険者証記号番号 _____

被保険者氏名 _____

上記被保険者の入院期間は下記のとおりです。

- ① 年 月 日 ～ 年 月 日まで （ 日間）
- ② 年 月 日 ～ 年 月 日まで （ 日間）
- ③ 年 月 日 ～ 年 月 日まで （ 日間）
- ④ 年 月 日 ～ 年 月 日まで （ 日間）
- ⑤ 年 月 日 ～ 年 月 日まで （ 日間）

なお、現在は 入院中

退院済（ 年 月 日退院）

年 月 日

医療機関名 _____ (印)

担当者名 _____