

医療機関記載

入院期間証明書

(国民健康保険標準負担額減額認定における長期入院認定申請用)

令和 年 月 日

保険証記号番号 島 3

氏名

保険医療機関	名称	担当者 印
	所在地	

入院期間

①	年 月 日 から	日間
	年 月 日 まで	
②	年 月 日 から	日間
	年 月 日 まで	
③	年 月 日 から	日間
	年 月 日 まで	
④	年 月 日 から	日間
	年 月 日 まで	

※ 入院日数は、食事療養を行ったか否かにかかわらず、実際に保険医療機関等に入院していた期間です。

※ 長期入院の認定を受けられるのは、過去12か月の間に通算して90日を超える入院(91日以上)があった方です。

※ 入院期間は減額対象者として認定された期間に限られます。
(標準負担額減額認定証の交付を受け、使用している期間のみが対象)