

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

被保険者記号・番号 島 3

氏名

保険医療機関	名称	担当者 ⑩
	所在地	

入院期間

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

※1 この用紙は、令和8年8月1日付け更新申請用です。

令和7年8月から現在までの間に、減額対象者として認定された入院期間(令和7年度・令和8年度ともに、市・県民税が非課税世帯の方で、食事療養の有無は問わない)のみをご記入ください。

※2 長期入院の認定を受けられるのは、過去12か月の間に上記※1の期間に、通算して90日を超える入院(91日以上)があった方です。

※3 領収書等で入院期間がわかる場合は、この用紙の添付は不要です。それでも日数が不足する場合にご使用ください。

※4 この証明書の使用期間は、令和8年8月31日までとします。