

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)

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 |
|        | 所在地 |     |

入院期間

|   |                      |    |
|---|----------------------|----|
| ① | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで | 日間 |
| ② | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで | 日間 |
| ③ | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで | 日間 |
| ④ | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで | 日間 |

※ 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)