

入院期間証明書

(国民健康保険標準負担額減額認定・長期入院認定申請用)

被保険者記号・番号	氏名	生年月日	男・女
島4		年 月 日	

[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	
⑤	年 月 日 から	日間
	年 月 日 まで	

合計	日間
----	----

上記のとおり証明する。

年 月 日

保険医療機関の名称及び所在地

電話番号

担当者氏名

※ 入院期間は、証明月から過去1年間について記載してください。加入健康保険は関係ありません。

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

ご不明な点がございましたら、お問い合わせください。

【問い合わせ先】

〒962-8601 福島県須賀川市八幡町135番地
須賀川市保険年金課国保給付係
電話 0248-88-9135