

(別紙様式 1)

退 院 証 明 書

保険医療機関名称
住所
電話番号
主治医氏名

患者氏名 性別 (男・女)
患者住所
電話番号
生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)

1. 当該保険医療機関における入院年月日及び退院年月日

入院年月日 平成 年 月 日
 退院年月日 平成 年 月 日

2. 当該保険医療機関における入院基本料等 (特定入院料を含む。) の種別及び算定期間
(複数ある場合はそれぞれ記載のこと。)

入院基本料等の種別 :
 算定期間 : 日 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

3. 当該保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間

日 (平成 年 月 日現在)

4. 当該保険医療機関の入院に係る傷病名

傷病名 :

5. 転帰 (該当するものに○をつける。)

治癒
 治癒に近い状態 (寛解状態を含む。)
 その他

6. その他の特記事項