

後期高齢者医療長期該当証明書 (標準負担額減額認定用)

【被保険者記入欄】

被保険者番号								
被 保 険 者	フリガナ							
	氏名						性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日		
	住所							

【医師証明欄】 (平成 年 月 日以降の分を記入してください。)

	入院日数		入院をした保険医療機関		
	期間	日数	名称・所在地	証明年月日	
①	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	日	印	平成 年 月 日証明	
②	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	日	印	平成 年 月 日証明	
③	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	日	印	平成 年 月 日証明	
④	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	日	印	平成 年 月 日証明	
⑤	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	日	印	平成 年 月 日証明	
入院日数合計			日		