

(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 |