

※ 医療機関の方へ

実入院日数91日以上 of 証明をお願いいたします。  
(他医療機関入院がある場合を除く。)

## 入院証明書

(健康保険標準負担額減額認定に関する証明)

被 保 険 者 証 号  
記 号 ・ 番 号 南九州市

住 所 南九州市

氏 名

生 年 月 日

入院期間	平成	年	月	日より	日間
	平成	年	月	日まで	

平成 年 月 日

保険医療機関の  
所在地及び名称

印