

※ 医療機関の方へ

実入院日数91日以上のご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

(国民健康保険標準負担額減額認定に関する証明)

記 号 ・ 番 号 南九州市

住 所

氏 名

生 年 月 日

入院期間	令和	年	月	日より	日間
	令和	年	月	日まで	

令和 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称

印