## 退院証明書

保険医療機関名称 住所 電話番号

電話番号 主治医氏名

Ę	患者氏名 患者住所 電話番号									性別	リ(男・	女)	
<u> </u>	生年月日	(明	・大・B	召・平	• 令)	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『 ・ 退『	院年月 院年月				年 月年 月		<b>3</b>					
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。)													
			料等の   		日(		年	月	日~	年	月	日)	
3.	当該保障	険医療	機関退	完日に	おけるi	<b>通算対象</b>	入院制	料を算足	定した期	間			
	•	日	(	年	月	日現在	<u> </u>						
4.	当該保障	<b>険医療</b>	機関の)	入院に	系る傷疹	<b></b>							
	• 傷	<b>病名</b> :											
5.	転帰(詞	該当す	るものに	こOを <sup>·</sup>	つける。	,)							
			い状態	(寛解)	伏態をお	含む。)							
6.	その他の	の特記	事項										