

退院証明書

保険医療機関名称

住所

電話番号

主治医指名

患者指名

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および退院年月日

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)

の種別および算定期間

(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

治療に近い状態(寛解状態を含む)

その他

6. その他特記事項