

入院履歴申告書

貴センターに入院する日（令和 年 月 日）の3ヶ月前の期間における私の入院履歴は次のとおりですので申告します。

入院日

1 入院履歴はありません。

いずれかに ○ を
つけて下さい

2 入院履歴があります。

その内訳は下表のとおりです。

入院していた医療機関名	入院していた期間	病 名
〇〇病院	令和 〇 年 〇 月 〇〇 日 ～令和 〇 年 〇 月 〇〇 日	〇〇〇
	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日	
	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日	
	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日	

患 者 名 〇 〇 〇 〇 印
(生年月日 大・昭・平・令 〇年 〇月 〇日)

〈申告にあたっての注意事項〉

- この申告は、厚生労働省通知（平成14年保医発0308001及び0329001）に基づいて、当センターに入院される患者さんに入院履歴の申告を求めるものです。
- 入院履歴の表は、わかる範囲でご記入ください。
- 退院証明書の発行を受けている場合は、その証明書もご提出ください。
- 申告内容が事実と異なるときは、後日、入院料を追加請求させていただくことがありますので、ご了承ください。