

入院日より過去3ヶ月における入院履歴自己申告書

入院日 平成 年 月 日

患者氏名

1. 入院歴なし

2. 入院歴あり

① 入院期間 【 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 】

主病名< >

医療機関名< >

② 入院期間 【 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 】

主病名< >

医療機関名< >

③ 入院期間 【 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 】

主病名< >

医療機関名< >

上記に相違ありません。

平成 年 月 日

本人または家族の署名

印

※注意

虚偽の申告等を行われた場合、それにより発生する損失において後日、医療保険の保険者より費用徴収の可能性があります。