

入院期間・通院日確認書（医療機関記入書類）

平素は弊会の業務に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。
 このたびは、貴院患者様の共済金請求手続きのため、入院通院事実の確認のご依頼をさせていただいております。
 業務繁多の折、お手数ですが、当確認書へのご記入および、貴院の角印またはスタンプの押印をお願いいたします。

※ご加入者様（患者様）には、共済金請求に際して、入院、通院にあたり医療機関より受領した「領収証」「診療報酬明細書」等のコピーの提出をお願いしております。

また、万が一、証明書類を紛失した場合には、下記の①②いずれかでのご対応をお願いしております。

- ①再発行した「領収証」「診療報酬明細書」等のコピーの提出
- ②本「入院期間・通院日確認書」の提出（上記①が無い場合）

日本コープ共済生活協同組合連合会

患者氏名	年 月 日 生
------	---------

医療機関スタンプ欄
本紙の通り証明します。
押印欄
確認日 20 年 月 日

保険の種類	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 公費負担 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他（ ）
-------	--

	入院開始日	～	退院日
入院期間	2018年7月3日		2018年7月26日
	[記入例] 保険適用期間: <input checked="" type="checkbox"/> 全期間適用 <input type="checkbox"/> 全期間適用外 <input type="checkbox"/> 一部適用		月 日 ～ 月 日
	20 年 月 日		20 年 月 日
	① 保険適用期間: <input type="checkbox"/> 全期間適用 <input type="checkbox"/> 全期間適用外 <input type="checkbox"/> 一部適用		月 日 ～ 月 日
	20 年 月 日		20 年 月 日
② 保険適用期間: <input type="checkbox"/> 全期間適用 <input type="checkbox"/> 全期間適用外 <input type="checkbox"/> 一部適用		月 日 ～ 月 日	
20 年 月 日		20 年 月 日	
③ 保険適用期間: <input type="checkbox"/> 全期間適用 <input type="checkbox"/> 全期間適用外 <input type="checkbox"/> 一部適用		月 日 ～ 月 日	

通院期間 ⇒ 通院をした日を○で囲んでください。																合計		
[記入例]	1	2	③	4	5	⑥	⑦	8	9	⑩	11	12	⑬	⑭	15	31	合計	0
2018年8月	⑬	17	18	19	⑮	⑰	22	23	24	25	⑳	27	28	29	30	31	1	0
20 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	31	合計	日
20 年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計	日
20 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	31	合計	日
20 年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計	日
20 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	31	合計	日
20 年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計	日
20 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	31	合計	日
20 年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計	日
総合計																	日	