医療機関　御中

入院期間確認書（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つきましては、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

保険の種類
□ 健保　□ 自賠　□ 国保
□ 労災　□ 介護　□ 公費負担
□ 自費
□ その他　（　　）

入院期間		入院開始日 ～ 退院日	
	［記入例］	２０１８年 ７月 ３日 ～ ２０１８年 ７月２６日	
		保険適用期間	☑全期間適用 □全期間適用外 □一部適用　月 日 ～ 月 日
	①	２０ 年 月 日 ～ ２０ 年 月 日	
		保険適用期間	□全期間適用 □全期間適用外 □一部適用　月 日 ～ 月 日
	②	２０ 年 月 日 ～ ２０ 年 月 日	
		保険適用期間	□全期間適用 □全期間適用外 □一部適用　月 日 ～ 月 日
	③	２０ 年 月 日 ～ ２０ 年 月 日	
		保険適用期間	□全期間適用 □全期間適用外 □一部適用　月 日 ～ 月 日

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