入　院　証　明　書

〔様式第２号の２〕　　〈入院補助金・傷病手当金（入院）請求用〉

（フリガナ） 入 院 者 名	.....
入 院 期 間	①　自　　年　月　日　～　至　　年　月　日
	②　自　　年　月　日　～　至　　年　月　日
	③　自　　年　月　日　～　至　　年　月　日

上記のとおり入院したことを証明します。

年　　月　　日

医 療 機 関 の
所在地及び名称

印　　印

代 表 者 名

電話番号　（　　）　　－

1　老人保健施設への入所は給付の対象外です。
2　証明日が、退院日（請求期間終了日）より前のものは無効となります。

2021年4月