

# 入院履歴申告書

|       |
|-------|
| 病棟会計行 |
| 病棟    |

- ◎健康保険法により下記のとおり入院履歴について申告していただくことになりました。
- ◎なお、虚偽の申告等により、発生した損失については後日、その費用負担をお願いすることもあることをご了承ください。

患者氏名 \_\_\_\_\_

該当するものに○をお願いします。

① 他医療機関で過去三ヶ月以内に入院履歴がありますか。

有 ・ 無

② ①で有の方は今回入院の際に他医療機関の退院証明書を持っていますか。

持っている ・ 持っていない

※持っている場合は、病棟会計にご提出ください。

③ ①で有の方は以下にご記入ください。

( 複数ある場合は、それぞれ記載のこと )

|       |                     |
|-------|---------------------|
| 医療機関名 |                     |
| 入院期間  | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 |
| 傷病名   |                     |

|       |                     |
|-------|---------------------|
| 医療機関名 |                     |
| 入院期間  | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 |
| 傷病名   |                     |

|       |                     |
|-------|---------------------|
| 医療機関名 |                     |
| 入院期間  | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 |
| 傷病名   |                     |

上記事項に相違ありません。

記入者 (本人又は代理人)

記載日 平成 年 月 日

\_\_\_\_\_