

入院履歴等確認書

患者氏名		生年月日	年	月	日
住所					

入院履歴申告書

健康保険法の規定により、患者さんの過去3か月以内の入院履歴を確認させていただきますので、次のことにお答えください。

1. 今回の入院より3か月以内に入院したことがある。 はい いいえ
2. 以前は、他の病院に入院していた。 はい いいえ

※2で「はい」と答えられた患者さんは、病院名・入院期間・病名などを下欄に記入するか他の病院で発行された「退院証明書」を提出してください。

病院名		入院していた 時の主な病名	
入院期間	年	月	日 ~ 年 月 日

※70歳未満の方、70歳以上3割負担の方へお聞きします

限度額適用認定申請の有無

今回の入院に際し「限度額適用認定」の申請をされましたか

- はい いいえ



入院時に入退院窓口(①番窓口)に保険証等と一緒に提示してください。

申請されると窓口でのお支払いは自己負担限度額までとなります。
申請窓口は各保険者です。
※詳細は9～10ページ参照



臓器提供意思確認書

健康保険証には臓器提供意思表示欄がもうけられています。

患者さんの意思表示を尊重し、意思表示欄を確認させていただきますので、意思表示欄の記入の有無についてお答えください。

1. 臓器提供意思表示欄に記入している。
 はい いいえ



2. 臓器提供意思表示欄を確認しますので、健康保険証を入退院窓口(①番窓口)へお出しください。