

長 期 入 院 証 明 書

被保険者氏名 _____

生 年 月 日 昭和・平成・令和 年 月 日

住 所 猪名川町 _____

上記被保険者は、昭和・平成・令和 年 月 日より現在も引き続き

入院加療中であることを証明します。

令和 年 月 日

医療機関住所 _____

医療機関名 _____ (印)