入　院　時　提　出

入院される患者さんへ

入院期間が通算して１８０日を超える長期入院となる場合、入院基本料の１５％が保険適用の対象外となります。入院期間の計算は、当院での入院期間だけでなく、他の医療機関に入院されていた期間も対象となりますので、入院される患者さんには入院歴の確認をさせていただくことが必要となっております。

つきましては、下記の入院歴確認書にご記入のうえ、ご提出いただきますようお願い申し上げます。

※保険適用の対象外となった差額分は、保険外併用療養費として、患者さんにご負担いただくこととなりますので、予めご承知おきください。なお、医学的な必要が認められる場合には、負担が免除されます。

入院歴確認書

令和　　年　　月　　日

患者氏名

① 過去３ヶ月以内に熊本中央病院以外の医療機関にご入院されていましたか？
（はい・いいえ　のどちらかに必ず〇をしてください。）

はい　・　いいえ

※「いいえ」と答えられた方への質問は以上です。

② ①で「はい」と答えられた方はその医療機関の「退院証明書」をご提出ください。
退院証明書をお持ちでない方は、入院されていた医療機関名と入院期間の記入をお願いします。

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　病院・医院・クリニック

入 院 期 間：　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

※ 複数の医療機関に入院されていた方は、病棟事務にお申し出ください。

ご協力ありがとうございました。

病棟担当確認日	年　月　日	確認者	