様式第３号

療養の給付見込期間証明書

被保険者証番号　（　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 療養の給付を受ける者 | 氏名  |  | 生年月日 | 大・昭・平　　　年　　月　　日 |
| 住所 |  |
| 療養の給付見込期間 | 入院　　　　　　　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）日間入院外　　　　　　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）日間 |
| 上記のとおり、証明する。　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　保険医療機関　　　住所　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　　　　）　　　　－ |