退院・退所証明書

被保険者名　　　　　　　　　　　　　　　　様

下記の通り、退院・退所したことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 退院・退所後住所 | 浦添市 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　年　　　月　　　日 |
| 入所年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 退院・退所年月日 | 年　　　月　　　日 |

　　年　　月　　日

病院・施設所在地

病院・施設名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印