

後期高齢者医療 長期入院日数届書

申請(届出)者名		本人との関係
申請(届出)者住所		連絡先電話番号
被保険者番号		個人番号
被 保 険 者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	

<長期入院に関する届出欄>

入院日数合計 (日間)		
①	届出日の前 12 か月の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	入院をした保険医療機関等	名称
		所在地
②	届出日の前 12 か月の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	入院をした保険医療機関等	名称
		所在地
③	届出日の前 12 か月の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	入院をした保険医療機関等	名称
		所在地
④	届出日の前 12 か月の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	入院をした保険医療機関等	名称
		所在地
⑤	届出日の前 12 か月の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	入院をした保険医療機関等	名称
		所在地

長野県後期高齢者医療広域連合長 宛

- ・上記のとおり、関係書類を添えて入院日数届書を提出します。
- ・資格確認書を保有し、長期入院被保険者として認定された場合は、長期入院該当日を資格確認書に併記することを希望します。

年 月 日