

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							

同時送付先変更	有・無	本人 確認		入 力		確 認	
---------	-----	----------	--	--------	--	--------	--