

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	年 月 日			
	住 所				

〈長期入院に関する届出書〉

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		

(宛先)千葉県後期高齢者医療広域連合長

- ・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