

後期高齢者医療 長期入院日数届書

届 出 者 名														本人との関係																	
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	大正・昭和 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																											

（宛先） 静岡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																													
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--