

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	～ (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	～ (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	～ (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	～ (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	～ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

- ・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