

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