

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、長期入院該日を資格確認書に併記することを希望します。

年 月 日