# 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<br>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 | Ｍ・Ｔ・Ｓ　　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 | |

大分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。

※希望する場合は☑としてください。

□　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。

令和　　年　　月　　日

# 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 | Ｍ・Ｔ・Ｓ　　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 | |

大分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。

※希望する場合は☑としてください。

□　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。

令和　　年　　月　　日

資格確認書への併記を希望する場合はチェックしてください