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