

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、長期入院該当日を資格確認書に併記することを希望します。 年 月 日														
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--