後期高齢者医療 長期入院日数届書

届出者名																								本 <i>月</i> 関係	、と 系	の					
届出者住所																	連絡先電話番号														
被保険者看				号												個	人	、耄	番	号											
被保険者	フ	IJ	ガ	ナ											•								·						•		
	氏			名																											
	生	年	月	日	大	E •	昭和			年	Ē		月		F	3															
	住			所			_	_																							

<長期入院に関する届出欄>

入院	入院日数合計(日間)													
1)	届出日の前 12 か月の入院日数		年	月	$\exists\sim$	年	月	目	(日間)				
	入院をした保険医療機関等	名 称												
	八別で した体例位別協関す	所在地												
2	届出日の前 12 か月の入院日数		年	月	\exists \sim	年	月	日	(日間)				
	入院をした保険医療機関等	名 称												
	八元をした床灰区原成因す	所在地												
3	届出日の前 12 か月の入院日数		年	月	目~	年	月	日	(日間)				
	1 でた、こと42 吟に枝機関ダ	名 称												
	入院をした保険医療機関等	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												
	八別でした体体区原域内守	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)				
	1.17ウナ、) た.47.12ケ1万 板相笠	名 称												
	入院をした保険医療機関等	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