

後期高齢者医療 長期入院日数届書

被 保 険 者 番 号													受付印
個 人 番 号													
被 保 険 者	フリガナ												
	氏 名												
	生 年 月 日	明治・大正・昭和				年		月		日			
	住 所 (方書・施設名等)												

<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	

愛媛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出書を提出します。
- ・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 住 所

申 請 (届出) 者 氏 名 本人との関係 :

連絡先 (電話)

証 処 理	交付 : 窓口・郵送 (/)	備 考			
	回収 : 済 ・ 未 (/)				
	<本人確認>		受 付	入 力	広域確認
	書類名 :				
番 号 :					