

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				
	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) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

- ・上記のとおり、関係書類を添えて長期入院日数届書を提出します。
- ・資格確認書を保有する場合及び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