様式第３５号（第２２条関係）

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（8ｹﾀ） |  |  | |  |  |  |  |  |  | 個人番号  （12ｹﾀ） |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 住所 |  |

＜長期入院に関する届け出欄＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入院日数合計（　　日間） | | | |
| ① | 届出日の前12か月の入院日数 | ～　　　　　　　　（　　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 | ～　　　　　　　　（　　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 | ～　　　　　　　　（　　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 | ～　　　　　　　　（　　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 | ～　　　　　　　　（　　日間） | |
| 入院をした保険医療機関等 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 滋賀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 | | | |