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桁)		個人番号 (12桁)	
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			