

後期高齢者医療 長期入院日数届書			
申請(届出)者名		本人との関係	
申請(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	~ (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	
高知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、長期入院該日を資格確認書に併記することを希望します。 年 月 日			