

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	性 別	男 ・ 女
	氏 名	生 年 月 日	大 ・ 昭 年 月 日
	住 所	〒	

<長期入院に関する届出欄>

申 請 年 度		令和 年度		入院日数合計		() 日間	
①	届出日の前12か月の入院日数	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 () 日間					
	入院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	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 () 日間					
	入院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	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 () 日間					
	入院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	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 () 日間					
	入院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	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 () 日間					
	入院した保険医療機関等	名 称					
		所在地					

福島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、長期入院該当日を資格確認書に併記することを希望します。

令和 年 月 日

※以下の欄は記入しないでください。

処 理 欄	決 定 区 分	認 定 ・ 却 下	決定年月日	令和 年 月 日			
	長期該当年月日	令和 年 月 日から有効					
	資 格 確 認 書 等	交付 (未・済)	令和 年 月 日 (即時・郵送)				
		回収 (未・済)	令和 年 月 日				
		電算処理 (未・済)	令和 年 月 日				
	備 考				入 力		確 認
市町村名							