

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	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	
<p>（あて先）群馬県後期高齢者医療広域連合長</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p>			