後期高齢者医療 長期入院日数届書

| 申請(原 | 届出)者名 | | | 本人との関係 | |
|--------|--------------|----|------|---------|--|
| 申請(届 | 届出) 者住所 | | | 連絡先電話番号 | |
| 被保険者番号 | | | 個人番号 | | |
| 被保 | フリカ | ガナ | | | |
| | 氏 | 名 | | | |
| | 生年月日 | | | | |
| 険 | | | | | |
| 者 | 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 | 月 | ~ | 年 | 月 | 月 | (日間) | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名 称 | | | | | | | | | |
| | 八尻をした木灰医療機関寺 | 所在地 | | | | | | | | | |
| 2 | 届出日の前 12 か月の入院日数 | | 年 | 月 | 日 | ~ | 年 | 月 | 月 | (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 | 目 | (日間) | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名 称 | | | | | | | | | |
| | 八尻をした木灰医療機関寺 | 所在地 | | | | | | | | | |
| 4 | 届出日の前 12 か月の入院日数 | | 年 | 月 | 日 | ~ | 年 | 月 | 目 | (日間) | |
| | 1 でナ. 1 なりで度機関数 | 名 称 | | | | | | | | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 所在地 | | | | | | | | | |
| (5) | 届出日の前 12 か月の入院日数 | | 年 | 月 | 月 | ~ | 年 | 月 | 目 | (日間) | |
| | 1 吹きした保険医療機関数 | 名 称 | | | | | | | | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 所在地 | | | | | | | | | |

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿

- ・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。

年 月 日