

後期高齢者医療 長期入院日数届書

受付印

被保険者番号																			
個人番号																			
被 保 険 者	フリガナ																		
	氏名																		
	生年月日	明治・大正・昭和										年			月				日
	住所 (方書・施設名等)																		

<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										

愛媛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

住 所

申請(届出)者

氏 名

(本人との関係: )

連絡先(電話)

証 処 理	交付: 窓口・郵送 ( / )	備考			
	回収: 済・未 ( / )				
	<本人確認> 書類名: 番 号:	区 分	受 付	入 力	広域確認
	区分Ⅱ				