

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)																				
	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																		
	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																		
	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																		
	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																		
	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																		

北海道後期高齢者医療広域連合長 宛

- ・ 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