

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	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	～		（ 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	～		（ 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	～		（ 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	～		（ 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	～		（ 日間）
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		

東京都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

【 担当処理欄 】

適 用	長期入院	適用 (却下) 日	年 月 日	受付者	入力者	再検者	受 付 印
	却 下						