

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	大正・昭和	年 月 日
	住所		

<長期入院に関する届出欄>

入院日数合計 (日)			
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	

山口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。

令和 年 月 日

市町使用欄 (該当にチェック等を記入)

長期該当入院日数確認 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 領収証 <input type="checkbox"/> 入院リスト <input type="checkbox"/> 標準システム <input type="checkbox"/> 医療機関へ確認(確認日: 年 月 日、病院担当者名:)
	(前保険入院日数を引き継ぐ場合) <input type="checkbox"/> 前保険資格確認書等・前保険加入時の領収証 <input type="checkbox"/> 前保険者への入院日数等の確認(保険の種類: 、前保険担当者名:) <input type="checkbox"/> その他)