

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）					
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			

青森県後期高齢者医療広域連合長 殿

- ・上記のとおり、関係書類を添えて長期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