|  |
| --- |
|  |
| 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 | 　　　　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 |  |
|  | 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 |  |
|  | 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 |  |
|  | 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 |  |
|  | 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 |  |
| 鹿児島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。　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |