|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |