

後期高齢者医療 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					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																
②	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																
③	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																
④	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																
⑤	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																

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 様

- ・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