

後期高齢者医療 長期入院日数申請書					
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		
高知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、長期入院該日を資格確認書に併記することを希望します。					
年 月 日					