

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) 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	
⑥	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	

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

- ・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