

## 後期高齢者医療 長期入院日数届書

届出者名		本人との関係	
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	

長崎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出書を提出します。
- ・ 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

『長期入院該当者のみなさまへ』

- この申請書に添付する書類は、過去12か月の入院日数(区分Ⅱの認定を受けている期間)が90日以上となることが確認できる領収書(写)などが必要です。
- 過去12か月の入院日数に前保険者での入院日数(区分Ⅱの認定を受けている期間)を合算し90日以上となる場合は、前保険者が交付した区分Ⅱを証明するもの及び過去12か月の入院日数(区分Ⅱの認定を受けている期間)が、90日以上となることが確認できる領収書(写)等が必要です。