

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）			
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	

東京都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

【 担当処理欄 】

適 用	長期入院	適用 (却下) 日	年 月 日	受付者	入力者	再検者	受 付 印
	却 下						

申請(届出)者名	広域 花子		本人との関係	本人
申請(届出)者住所	町田市森野2-2-22		連絡先電話番号	042-724-3111
被保険者番号	01234567	個人番号	123456789012	
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ ハナコ		
	氏名	広域 花子		
	生年月日	昭和24年12月30日		
	住所	町田市森野2-2-22		

<長期入院に関する届出欄>

入院日数合計（ 100 日間）			
①	届出日の前12か月の入院日数	〇年〇月〇日～〇年〇月〇日（ 100 日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	〇〇 病院
所在地		町田市〇〇〇〇	
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			

東京都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。

〇 年 〇 月 〇 日

【 担当処理欄 】

適 用	長期入院	適用 (却下) 日	年 月 日	受付者	入力者	再検者	受 付 印
	却 下						

(用紙規格 A4)