

様式 5 1

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	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			
栃木県後期高齢者医療広域連合長 殿 ・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。 令和 年 月 日					
長期入院	過去12か月で低所得Ⅱの認定を受けている機関に91日以上入院をしている。(前保険者を含む)			確認者	