

後期高齢者医療 長期入院日数届書

申請(届出)者名	後期 一郎		本人との関係	子
申請(届出)者住所	宇都宮市本町3-9		連絡先電話番号	028-627-6805
被保険者番号	01234567	個人番号	99999999999	
被 保 険 者	フリガナ	コウキ タロウ		
	氏名	後期 太郎		
	生年月日	昭和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
	住所	宇都宮市本町3-9		

<長期入院に関する届出欄>

入院日数合計 (91 日間)			
①	届出日の前12か月の入院日数	令和7年1月1日 ~ 令和7年2月28日 (59 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	〇〇〇病院
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号
②	届出日の前12か月の入院日数	令和7年3月1日 ~ 令和7年4月1日 (32 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	△△△病院
		所在地	△△県△△市△△町△△番△△号
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			
<ul style="list-style-type: none">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	