

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 却 下	適用 (却下) 日	年 月 日	受付者 入力者 再検者	受 付 印	
--------	----------------------	-----------------	-----------------	-------------------------------	-------------	--