

後期高齢者医療入院日数届書

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	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	

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

※該当する項目を  としてください。

- 1. 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。
- 2. 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、長期入院該当を資格確認書に併記することを希望します。

年 月 日

申請者 氏名