

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		
岩手県後期高齢者医療広域連合長 様 ・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				

処 理 欄	認定（却下）区分	資格確認書（却下通知書）発行	長期入院該当日	市町村確認	広域連合確認
	・認定 ・却下	・即時発行 ・後日郵送 / ・マイナ保険証保有者のため送付不要	年 月 日		
	長期入院該当で資格取得前の確認方法 ・該当なし ・該当あり（ ・証の写し ・照会 / ）				