

後期高齢者医療 長期入院日数届書

届出者名		本人との関係	
住所		連絡先電話番号	

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ			性別	
	氏名				男・女
	生年月日				年 月 日
	住所	〒 ー			

入院日数合計（ 日間）				
①	届出日の前1年間の入院日数	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1年間の入院日数	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1年間の入院日数	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1年間の入院日数	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1年間の入院日数	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		

(宛先) 石川県後期高齢者医療広域連合長

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