後期高齢者医療 長期入院日数届書

申請(届出)							本人との	
者名							関係	
申請(届						連絡先		
者住所	į					電話番号		
被保険者番号			17		個人番号			
被保	フ!	フリガナ			•	-		
	氏	3	名					
	生生	∓ 月						
険	住	Ē	沂					
者								

<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									
	八尻をした床灰区原依周寺	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									
	八阮をした休侠区僚候関寺	所在地									
	届出日の前12か月の入院日数		~	(日間)						
3	入院をした保険医療機関等	名 称									
	八匹でした体灰区塚仮内守	所在地									
	届出日の前12か月の入院日数		~	(日間)						
4	入院をした保険医療機関等	名 称									
	八尻でした床灰区原依周寺	所在地									
	届出日の前12か月の入院日数		~	(日間)						
5	入院をした保険医療機関等	名 称									
	八匹でした床灰区原依因守	所在地									

大阪府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。

令和 年 月 日