様式第１９号

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	

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