

様式第 2 9 号（第 2 1 条関係）

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	男 ・ 女
	氏 名							
	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