

後期高齢者医療長期入院日数届書

届出（申請）者名		本人との 関 係	
届出（申請）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	大正・昭和	年	月	日														
	住所																		

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																

宮城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