## 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	フリガラ	ታ					
	氏 彳	各					
	生年月日	$\exists$					
	住 戸	折					

## 〈長期入院に関する届出欄〉

(KM)(Mick) / UHIHM/										
入院日	日数合計 (日間)									
1)	届出日の前12か月の入院日数	年	月	日 ~	年	月	H	(	日間)	
	1 吃を1 を701を皮機用体	名 称								
	入院をした保険医療機関等	所在地								
2	届出日の前12か月の入院日数	年	月	日 ~	年	月	Н	(	日間)	
	ᅥᄧᅺᆇᆝᆡᄱᅜᇊᆄᄦᄜᄦ	名 称								
	入院をした保険医療機関等	所在地								
3	届出日の前12か月の入院日数	年	月	日 ~	年	月	日	(	日間)	
	1 吃火 1 ン /口炒に 長機田佐	名 称								
	入院をした保険医療機関等	所在地								
4	届出日の前12か月の入院日数	年	月	日 ~	年	月	日	(	日間)	
	ナ ゆチェ ル /ロ124戸は長級日本	名 称								
	入院をした保険医療機関等	所在地								
(5)	届出日の前12か月の入院日数	年	月	日 ~	年	月	H	(	日間)	
	ナガウントン /ログロマは共級日の秋	名 称								
	入院をした保険医療機関等	所在地								

## (あて先) 群馬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