

後期高齢者医療長期入院日数届書

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所	〒 ー	

<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	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12か月の入院日数	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12か月の入院日数	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12か月の入院日数	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12か月の入院日数	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	

（あて先）新潟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。また、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

届出者 住 所

氏 名

電話番号

被保険者本人との関係

注意事項

- ・届出者が被保険者又は世帯主でない場合は、委任状が必要です。
- ・自署である場合は、押印不要です。