

(様式第29号)

### 後期高齢者医療 長期入院日数届書

届出者名		本人との係	
届出者住所		連絡先号	
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	申請日の前1年間の入院日数	~ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請日の前1年間の入院日数	~ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
③	申請日の前1年間の入院日数	~ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
④	申請日の前1年間の入院日数	~ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
⑤	申請日の前1年間の入院日数	~ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

高知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。

令和 年 月 日

◎保険医療課処理(こちらには記入しないでください)

受付	確認事項	証交付	チェック
<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 受付者印	<input type="checkbox"/> 資格確認書の交付 要・不要 <input type="checkbox"/> 届出人の本人確認(保険証・免許証・マイナカード その他[ ]) ) <input type="checkbox"/> 負担区分を確認 <input type="checkbox"/> 区分Ⅱ ⇒ 世帯未申告者(無・有) 入院日数確認方法 (レセプト・届出人・領収書・ 病院[ ]) )	確認者印 <input type="checkbox"/> 窓口渡し <input type="checkbox"/> 郵送 発送日 交付者印	