

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	
届出者住所		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			
	氏 名			
	生 年 月 日	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	
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出書を提出します。

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

※市町確認欄

代理権の確認	身元確認（本人又は代理人）	番号確認	備考
☐ 本人の資格確認書等	1点 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証	☐ 個人番号カード	
☐ 委任状			
☐ 登記事項証明書	☐ その他（ ）	☐ システム	
☐ システム（同一世帯確認）	2点 ☐ 資格確認書 ☐ 年金手帳	☐ その他	
☐ その他（ ）	☐ その他（ ）	（ ）	