



記入例

届出者名	広域 花子	本人との関係	妻
届出者住所	金沢市幸町12番1号	連絡先電話番号	076-999-999

被 保 険 者	被保険者番号	01234567		個 人 番 号	123456789012	
	フリガナ	コウイキ タロウ				
	氏 名	広域 太郎				
	生 年 月 日	昭和 12年 7月 10日				
	住 所	〒920-0968 金沢市幸町12番1号				
入院日数合計（98日間）						
①	届出日の前1年間の入院日数	令和6年 5月22日～ 令和6年 7月30日（82日間）				
	入院をした保険医療機関等	名 称	広域病院			
		所在地	金沢市幸町			
②	届出日の前1年間の入院日数	令和6年 10月10日～ 令和6年 10月25日（16日間）				
	入院をした保険医療機関等	名 称	高齢病院			
		所在地	金沢市幸町			
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。 令和6年 12月 10日						