

後期高齢者医療 長期入院日数届書

令和 年 月 日

(宛先) 山梨県後期高齢者医療広域連合長

申請（届出）者名		被保険者との関係	
申請（届出）者住所			
連絡先（電話番号）			

- ・ 下記のとおり関係書類を添えて入院日数を届け出ます。
- ・ 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。

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		

直近12か月の入院日数が90日を超える方（長期入院該当）は、入院日数の届出を行うことで食費に係る負担額が更に減額されます。

〈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	申請日の前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	申請日の前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	申請日の前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	申請日の前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	