

後期高齢者医療 長期入院日数届書

(あて先) 福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

- ・次のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の長期入院日数届書を提出します。
- ・資格確認書を保有し、長期入院被保険者に該当する場合は、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

被 保 険 者 (申 請 者)	被保険者番号									個人番号				
	氏 名													
	生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日								
	住 所 等													
											(電話番号	-	-)
											入院日数合計 (日間)	
①	過去12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											
②	過去12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											
③	過去12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											
④	過去12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											
⑤	過去12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											

申請が被保険者 以外の場合	氏 名							被保険者との続柄		
	住 所 等									
	(□被保険者と同じ)	(電話番号							-	-

※太ワクの中の必要な部分だけ記入してください(申請(届出)が被保険者以外の場合で住所や電話番号が被保険者と同じ場合はレ点を付けてください)。

市区町村処理欄

限 度 額 区 分	<input type="checkbox"/> 低Ⅱ (該当日: . . .)	受 付	端末入力	資格確認書交付	受付責任者
長期該当年月日	. . .				
91 日 該 当 日	. . . (. . . 窓口・郵送)				