

様式第 4 1 号（第 2 4 条関係）

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 番 号													
被 保 険 者	フリガナ												
	氏 名												
	個 人 番 号												
	生 年 月 日	年 月 日											
	住 所												

			入院日数合計（ 日間）	
①	届出日の前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	届出日の前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	届出日の前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	届出日の前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	届出日の前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		

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

- ・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、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