

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	
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			性別
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
	住所	〒 ー		

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	
<p>(宛先) 石川県後期高齢者医療広域連合長</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p>			

※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
<input type="checkbox"/> 本人の資格確認書等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認) <input type="checkbox"/> その他 ()	1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> プレ印字書類 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他	
	2点	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	()	