

[] の箇所を記入してください。

様式第 20 号 (第 12 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	8桁 空欄可	個人番号	12桁 空欄可
被保険者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		

<長期入院に関する届出欄>

入院日数合計 (日間)			
①	届出日の前 12 か月の入院日数	(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	(日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	過去 12 か月内に入院した医療機関の 領収書等を参考に記入してください。
		所在地	
③	届出日の前 12 か月の入院日数	(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	(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	(日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

(宛先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長 様

- ・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。

[年 月 日] →記入日