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

<table>
<tr><td colspan="2">届 出 者 名</td><td colspan="3"></td><td>本人との関係</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">届出者住所</td><td colspan="3"></td><td>連 絡 先
電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">被 保 険 者 番 号</td><td></td><td>個 人 番 号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">被
保
険
者</td><td>フ リ ガ ナ</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>生 年 月 日</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

＜長期入院に関する届出欄＞

<table>
<tr><td colspan="4">入院日数合計（　　　日間）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">①</td><td>届出日の前 12 か月の入院日数</td><td colspan="2">（　　日間）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">入院をした保険医療機関等</td><td>名　称</td><td></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">②</td><td>届出日の前 12 か月の入院日数</td><td colspan="2">（　　日間）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">入院をした保険医療機関等</td><td>名　称</td><td></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">③</td><td>届出日の前 12 か月の入院日数</td><td colspan="2">（　　日間）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">入院をした保険医療機関等</td><td>名　称</td><td></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">④</td><td>届出日の前 12 か月の入院日数</td><td colspan="2">（　　日間）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">入院をした保険医療機関等</td><td>名　称</td><td></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">⑤</td><td>届出日の前 12 か月の入院日数</td><td colspan="2">（　　日間）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">入院をした保険医療機関等</td><td>名　称</td><td></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td></td></tr>
</table>

（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