					後期局齢者医療	、 長	き期人に	元日	数届	書						
届出者名											本月関係	との				
届出者住所												絡 先 5番号				
被保険者			番	号		個人	、番号									
被保険者	フ	IJ	ガ	ナ				•		·				•	•	•
	氏			名												
	生	年	月	日												
	住			所												
入院日数合計(日間)																

7 4774 AZE: 124 A E A E A E A E A E A E A E A E A E A							
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					
	八尻をした床灰広原焼魚寺	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					
	八阮をした休陕広原機関寺	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					
	八尻をした休灰区原焼渕寺	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					
	八九とした休灰区原版因子	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					
	八元とした休沢区原機関寺	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