様式第36号（第24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 | |  | | | 個人番号 |  | | | |
| 被　保　険　者 | フリガナ |  | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | |
| 長期入院該当日 | |  | | | | | | | |
| 長期入院に関する届出欄 | | | | | | | | | |
| 入院日数合計　（　　　　日間） | | | | | | | | | |
|  | 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 |  | | | | | |
|  | 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 |  | | | | | |
|  | 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 |  | | | | | |
|  | 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 |  | | | | | |
|  | 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 |  | | | | | |
| 和歌山県後期高齢者医療広域連合長　殿  ※該当する項目を☑としてください。  　　□　１．上記のとおり、関係書類を添えて長期入院日数届書を提出します。  　　□　２．資格確認書を保有し、かつ長期入院該当と認められた場合は、資格確認書に長期入院該当日を併記することを希望します。  　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |