

様式第35号（第22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)												個人番号 (12桁)											
被 保 険 者	フリガナ																						
	氏名																						
	生年月日	年 月 日																					
	住所																						

<長期入院に関する届け出欄>

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		
		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		
滋賀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出書を提出します。 ・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				