様式第29号（第20条の2関係）

後期高齢者医療　長期入院日数届書

申請（届出）者名		本人との関係	
申請（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	
		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	

高知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