

〈 記 入 例 〉

様式第34号(第27条関係)

後期高齢者医療 長期入院日数届書

申請(届出)者名	広城 太郎		本人との関係	本人
申請(届出)住所	佐賀県佐賀市大和町大字尼寺1870番地		連絡先電話番号	0952-64-8476
被保険者番号	01234567	個人番号	123456789012	
被保険者	フリガナ	コウイキ タロウ		
	氏名	広城 太郎		
	生年月日	明・大 〇	3年 2月 1日	
	住所	佐賀県佐賀市大和町大字尼寺1870番地		

記入された方の氏名・本人との関係・住所・電話番号を記入してください。

資格確認書等に記載されていますので、確認のうえ記入してください。

被保険者の個人番号(マイナンバー)を記入してください。

被保険者情報(フリガナ、氏名、生年月日、住所)を記入してください。

<長期入院に関する届出欄>

入院日数合計 (91 日間)

届出日	届出日の前12ヶ月の入院日数	〇〇年 1月 1日 ~ 〇〇年 4月 1日 (91 日間)	
①	入院をした保険医療機関等	名称	広城病院
		所在地	佐賀県佐賀市大和町大字尼寺1870番地
②	届出日の前12ヶ月の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
③	届出日の前12ヶ月の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
④	届出日の前12ヶ月の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
⑤	届出日の前12ヶ月の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
⑥	届出日の前12ヶ月の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	

佐賀県後期高齢者医療広域連合長 宛

- ・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。

提出日を記入してください。

また、この申請書のほかに委任状、記入された方の本人確認書類(運転免許証など)の提示が必要です。

〇〇年 〇〇月 〇〇日