

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		

東京都後期高齢者医療広域連合長 殿

・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。

令和 年 月 日

【 担当処理欄 】

適用	長期入院 却下	適用 (却下) 日	年 月 日	受付者	入力者	再検者	受付印
----	------------	-----------------	-------------	-----	-----	-----	-----