

後期高齢者医療長期入院日数届書

届出（申請）者名		本人との関係	
届出（申請）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	大正・昭和	年	月	日														
	住所																		

入院日数合計		( 日間)																
①	届出日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)																
	入院をした保険医療機関等	名称																
		所在地																
②	届出日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)																
	入院をした保険医療機関等	名称																
		所在地																
③	届出日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)																
	入院をした保険医療機関等	名称																
		所在地																
④	届出日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)																
	入院をした保険医療機関等	名称																
		所在地																

宮城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

委任状																	
本手続きに関する権限を下記代理人に委任します。							委任日	令和			年			月			日
委任者	住所																
	氏名																
代理人	住所																
	氏名																

※本人・後見人・同居のご家族以外の方が申請する場合は、別途委任状の添付が必要になります。

委任欄・委任状を提出できない場合、該当箇所に☑をつけ、その他の場合は具体的に理由を記載ください。

- 本人の判断力低下
- その他