

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

届出者名		本人との 関 係	
届出者住所	電話番号		

被保険者番号		個人番号 (マイナンバー)	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	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	

奈良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

発効期日	長期認定該当日	資格確認書交付	交付	交付年月日	受付者
月 日	月 日	あり ・ なし	窓口・郵送	月 日	