

様式第27号（第19条関係）

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		

直近12か月の入院日数が90日を超える方は、入院日数の届出を行うことで食費に係る負担額がさらに減額されます。

入院日数の届出を希望する方は、以下もご記入ください。

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	

福井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出書を提出します。
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