

申請(届出)者名		調布 花子		本人との関係	長女
申請(届出)者住所		調布市小島町1丁目2番地3		連絡先電話番号	042-481-7148
被保険者番号		11111111		個人番号	11111111111111
被 保 険 者	フリガナ	チョウフ タロウ			
	氏名	調布 太郎			
	生年月日	昭和20年12月1日			
	住所	〒182-8511 調布市小島町2丁目35番地1			

<長期入院に関する届出欄>

入院日数合計（ 119日間）				
①	届出日の前12か月の入院日数	令和7年5月5日～令和7年8月31日（ 119日間）		
	入院をした保険医療機関等	名称	調布西山病院	
		所在地	調布市小島町1-1-1	
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 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。

令和〇年 〇月 ×日

【 担当処理欄 】

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