

申請(届出)者名		奥多摩 太郎						本人との関係		本人					
申請(届出)者住所		奥多摩町氷川●●●番地						連絡先電話番号		●●● (●●●) ●●●●					
被保険者番号		1 2 3 4 5 6 7 8			個人番号		1 2 3 4 5 6 7 8			9 1 2 3					
被 保 険 者	フリガナ	オクタマ タロウ													
	氏名	奥多摩 太郎													
	生年月日	昭和●●年●●月●●日													
	住所	奥多摩町氷川●●●番地													

<長期入院に関する届出欄>

入院日数合計（ 98日間）			
①	届出日の前12か月の入院日数	令和6年 7月 1日 ～ 令和6年8月31日 （62日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	奥多摩町国民健康保険 奥多摩病院
		所在地	奥多摩町氷川1111番地
②	届出日の前12か月の入院日数	令和6年10月16日 ～ 令和6年11月21日 （36日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	市立青梅総合医療センター
		所在地	東京都青梅市東青梅4-16-5
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●●年●●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							