

国民健康保険 長期入院日数届書
(資格確認書併記・マイナ保険証)

世帯主	住所				
	氏 名		生年月日	年	月 日
被保険者	氏 名		個人番号		
	世帯主との続柄		生年月日	年	月 日
	被保険者記号・番号				
入院日数合計 (日間)					
①	申請日の前１年間の入院期間（日数）	年 月 日 から 年 月 日 まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			
②	申請日の前１年間の入院期間（日数）	年 月 日 から 年 月 日 まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			
③	申請日の前１年間の入院期間（日数）	年 月 日 から 年 月 日 まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			
④	申請日の前１年間の入院期間（日数）	年 月 日 から 年 月 日 まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			
⑤	申請日の前１年間の入院期間（日数）	年 月 日 から 年 月 日 まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			

安芸市長 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

住 所 _____

世帯主名 _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

決 裁	課長	補佐	係長	資格担当	窓口担当	交付年月日		
						認定年月日		
						限度額区分	発送区分	併記申請
								申請済・今回申請