

後期高齢者医療 長期入院日数届書

届出者名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ		本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
届出者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ		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			

<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		
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		

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 殿

※該当する項目を☑としてください。

- 1. 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。
- 2. 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

----- 以下、市(区)町記入 -----

受付日	年 月 日	処 理 欄	交付有 [窓口・郵送 ( / )] : 交付無	適用開始日	年 月 日
受付者			<本人確認> 書類名: 免(経)・マイ・パ・障・介・資格確認書・ その他 ( )	長期入院 該当日	年 月 日