

記入例

申請者の情報を記入してください

後期高齢者医療 長期入院日数届書

届出者名	☐ 被保険者と同じ		本人との関係	☐ 本人
届出者住所	☐ 被保険者と同じ		連絡先電話番号	
被保険者番号		個人番号	記入不要	
被保険者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日			
	住所			

被保険者の情報を記入してください

<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

過去12か月の入院履歴を記入し、
入院時の領収書を添付してください
(コピー可)チェックをつけて
ください

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。

希望する場合は、
チェックをつけて
ください

令和 年 月 日

申請日を記入してください

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