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 |  | | |
| 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 ） | | | | | | | | |
|  | 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 | |  | | |
|  | 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 | |  | | |
|  | 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 | |  | | |
|  | 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 | |  | | |
|  | 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）町記入欄 | | | | | | | | |
| 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 |
| ＜本人確認＞  書類名：免（経）・マイ・パ・障・介・資格確認書・  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 受付者 | |  | 長期入院  該当日 | 年　　月　　日 |