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 ） |
| 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 |  |
|  | 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 |