

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	
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 ＜本人確認＞	適用開始日	年 月 日
受付者			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