

後期高齢者医療 長期入院日数届書

届出者名		淡路 花子		☐ 被保険者と同じ		本人との関係		妻 ☐ 本人	
届出者住所		●●市 ●●丁目 ●●番地		☐ 被保険者と同じ		連絡先電話番号		0799-64-0000	
被保険者番号		0123456		個人番号					
被 保 険 者	フリガナ	アワジ タロウ							
	氏名	淡路 太郎							
	生年月日	昭和●●年 ●月 ●日							
	住所	●●市 ●●丁目 ●●番地							

<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	令和●年●月●日 ~ 令和●年●月●日 (● 日間)		
	入院をした保険医療機関等	名称	●●医療センター	
		所在地	●●市 ●●丁目 ●●番地	
②	届出日の前12か月の入院日数	令和●年●月●日 ~ 令和●年●月●日 (● 日間)		
	入院をした保険医療機関等	名称	●● 病院	
		所在地	●●市 ●●丁目 ●●番地	
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