

後期高齢者医療 長期入院日数届書 ※赤枠内のみ記入してください。

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	0795-43-0501
被 保 険 者 番 号		01234567	個 人 番 号	
被 保 険 者	フリガナ	カトウ タロウ		
	氏 名	加東 太郎		
	生 年 月 日	昭和 2 5 年 4 月 1 日		
	住 所	加東市社 5 0 番地		

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

資格確認書に記載を希望する場合は
☑をつけてください。

----- 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