

後期高齢者医療 長期入院日数届書

申請(届出)者名	広域 太郎			本人との関係	子
申請(届出)者住所	藍住町〇〇〇〇〇〇番地			連絡先電話番号	012-345-6789
被保険者番号		01234567		個人番号	012345678901
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ ハナコ			
	氏名	広域 花子			
	生年月日	大正・昭和 〇年 〇月 〇日			
	住所	〒●●●-●●●● 藍住町〇〇〇〇〇〇番地			

<長期入院に関する届出欄>

入院日数合計 (〇〇 日間)				
①	届出日の前12か月の入院日数	令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日 (〇〇 日間)		
	入院をした保険医療機関等	名称	〇〇病院	
		所在地	藍住町〇〇〇〇〇〇番地	
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		

徳島県後期高齢者医療広域連合長	殿
・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。	
・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 〇年 〇月 〇日	

(裏面)

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること)。

市 町 村 処 理 欄	個人番号確認	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認
	☐ 個人番号カード	☐ 個人番号カード	☐ 年金証書	☐ 戸籍謄本等(法定代理人)
	☐ 通知カード	☐ 運転免許証	☐ その他	☐ 委任状(任意代理人)
	☐ 住民票の写し	☐ 後期被保険者証	()	☐ その他(上記が困難な場合)
	☐ 職員が記載	☐ 介護保険被保険者証	()	()