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	適用開始日	年　月　日
			＜本人確認＞		
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