

後期高齢者医療 長期入院日数届書

届出者名				本人との関係	
届出者住所				連絡先電話番号	
被 保 険 者	被保険者番号 (8桁)			個人番号 (12桁)	
	フリガナ			生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和
	氏 名				年 月 日
	住 所	〒			

長期入院の該当となるのは、届出月以前の12か月間の区分Ⅱ認定期間内に90日を超える入院日数がある場合です。
(※領収書等の入院期間を証明できるものが必要)

<長期入院に関する届出欄>

入院日数合計 (日間)				
①	申請月以前の12か月間の入院日数	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		
		所在地		
②	申請月以前の12か月間の入院日数	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		
		所在地		
③	申請月以前の12か月間の入院日数	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		
		所在地		
④	申請月以前の12か月間の入院日数	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		
		所在地		
⑤	申請月以前の12か月間の入院日数	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		
		所在地		
注・届出された入院期間について認定対象外の期間等は、訂正させていただくことがありますのでご了承ください。 ・後期高齢者医療からの保険給付外の入院（介護型療養病床への入院や介護施設への入所等）は対象外です。				
岡山県後期高齢者医療広域連合長 様				
該当する項目を☑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出書を提出します。				
☐ 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				

証 処 理	交付	窓口	郵送	(/)	事 務 処 理 欄	負担区分	I 非 ・ I 老 ・ II 非 ・ 却下
	回収	済み	未	(/)		長期該当年月日	
	本人確認	書類名	免 保 介 その他 ()			食事療養差額	有 ・ 無
						その他	