

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	(/)
	回収	済み	未	(/)
	本人確認	書類名	免 確 介 その他 ()	

事 務 処 理 欄	負担区分	I非・I老・II非・却下
	長期該当年月日	
	食事療養差額	有・無
	その他	