

届出者名		広 域 太 郎		本人との関係	本人
届出者住所		〇〇市〇〇町×××番地		連絡先電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
被 保 険 者	被保険者番号(8桁)	0 1 2 3 4 5 6 7		個人番号(12桁)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0
	フリガナ	コウイキ タロウ		生 年 月 日	明治・大正 昭和
	氏 名	広 域 太 郎			2 4 年 6 月 1 6 日
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町×××番地			

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 (95 日間)		※前保険の加入期間中の場合は(前保険認定期間)と記入してください。	
①	申請月以前の12か月間の入院日数	令和6年4月28日 ~ 令和6年6月15日 (49日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	広域病院 (前保険認定期間)
		所在地	〇〇市〇〇町〇〇〇番地
②	申請月以前の12か月間の入院日数	令和6年6月16日 ~ 令和6年7月31日 (46日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	連合病院
③	申請月以前の12か月間の入院日数	※入院期間が重複している場合(転院した場合など)入院期間が重ならないようにしてください。	
	入院をした保険医療機関等	名 称	日 (日間)

・長期入院に該当する場合、原則として届書に領収書または医療機関の証明書の添付が必要となります。
・複数回入院している場合は、古い入院歴から順に記入してください。
入院日数に含められるものは、区分Ⅱに認定されている期間で、かつ申請月以前(申請月を含む)12か月以内に入院したものとなります。その期間内で90日を超える入院が確認できれば長期該当に認定できます。
(介護療養型医療施設への入院は後期高齢者医療適用ではないため90日に含めることはできません。)
(区分Ⅰに認定されている期間の入院日数も含めることはできません。)
・長期入院該当年月日は、届出月の翌月1日からとなり、資格確認書に併記する場合は長期入院該当年月日が追加されたものが発行されます。
長期入院該当年月日より食事代がさらに減額されます。

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 確 介 その他 ()			食事療養差額	有 ・ 無
						その他	