

後期高齢者医療 長期入院日数届書

届出者名		記入した人の情報		記入した人の氏名	
届出者住所				記入した人の住所	
被 保 険 者 番 号		個 人 番 号		電話番号	
被 保 険 者	フリガナ	資格確認書に長期入院情報を 記載したい人の情報			
	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		年 月 日 ～ 年 月 日 （ 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				
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				
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				
⑤	届出日の前12か月の入院日数		年 月 日 ～ 年 月 日 （ 日間）		
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			

区分Ⅱの認定を受けていて、直近12か月の入院日数が91日を超える方は、入院日数の届出を行うことで食費に係る負担額が更に減額されますので、入院日数等をご記入ください。

直近12か月の入院日数が91日未満の方や、区分Ⅰの認定を受けている方はご記入頂く必要はありません。

(宛先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

- 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。
- 資格確認書を保有する場合及び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。

年 月 日