

後期高齢者医療 長期入院日数届書

市町担当窓口で申請を行う方（本人、家族、施設職員等）の氏名等を記入してください。

申請(届出)者名	香川 連子		本人との関係	子
申請(届出)者住所	丸亀市〇〇町〇番地〇		連絡先電話番号	0123-456-789
被保険者番号	19800702	個人番号	123456789012	
被保険者	フリガナ	コウイキ レンゴロウ		
	氏名	広域 連五郎		
	生年月日	昭和12年 3月 5日		
	住所	高松市福岡町2丁目3番2号		

被保険者番号、個人番号、被保険者の氏名等を記入してください。

<長期入院に関する届出欄>

入院日数合計（ 110 日間）			
①	届出日の前12か月の入院日数	令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日 （ 60日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	香川県広域病院
		所在地	高松市〇〇町〇丁目〇番〇号
②	届出日の前12か月の入院日数	令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日 （ 50日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	香川県連合病院
		所在地	高松市〇〇町〇丁目〇番〇号
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	入院期間等を記入し、入院期間が証明できるもの（領収書等）を添付してください。 ※診療報酬明細書にて確認できる場合は、領収書等の添付は省略可能です。
	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	

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

- ・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。

令和〇年 〇月 〇〇日