

後期高齢者医療 長期入院日数届書

申請(届出)者名				本人との関係	
申請(届出)者住所				連絡先電話番号	
被保険者番号				個人番号	
被 保 険 者	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	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	～ (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	名称		
		所在地		
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		
		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		

徳島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 年 月 日	

(裏面)

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること)。

市 町 村 処 理 欄	個人番号確認	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認
	☐ 個人番号カード	☐ 個人番号カード	☐ 年金証書	☐ 戸籍謄本等(法定代理人)
	☐ 通知カード	☐ 運転免許証	☐ その他	☐ 委任状(任意代理人)
	☐ 住民票の写し	☐ 後期被保険者証	()	☐ その他(上記が困難な場合)
	☐ 職員が記載	☐ 介護保険被保険者証	()	()