

記入見本 長期入院

後期高齢者医療 長期入院日数届書

-00001

申請(届出)者名	豊島 太郎	本人との関係	本人
申請(届出)者住所	豊島区 ○○町1-2-3 △△マンション 456号室	連絡先電話番号	03-999-999
被保険者番号	12345678	個人番号	123456789
被保険者	フリガナ	トシマ ハナコ	ご不明の場合、空欄でも申請できます。
	氏名	豊島 花子	
	生年月日	昭和1年 1月 1日	
住所	豊島区 ○○町3-2-1 ※区で印字済みの場合、記入不要。		
長期入院	該当		

直近12か月の入院日数が90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。
入院日数の届出を希望する方は、以下もご記入ください。

入院日数合計 (100日間)			
①	届出日の前12か月の入院日数	4/1 ~ 5/20 (50日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	東京病院
		所在地	豊島区 ○○町1-2-3
②	届出日の前12か月の入院日数	7/1 ~ 8/19 (50日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	神奈川病院
		所在地	神奈川県 横浜市 ○○町1-2-3
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	

東京都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

日付が印字されていない場合、記入してください。

注意事項

☆ 窓口で申請を行う際、本人確認書類が必要となります。

- | | | | |
|-----|-----------------------------------|-----|---|
| 1点→ | ・運転免許証
・パスポート
・マイナンバーカード など | 2点→ | ・保険証【後期、介護、国保】
・年金手帳
・官公署からの書類 など |
|-----|-----------------------------------|-----|---|

※来庁者が代理人の場合は、代理人の本人確認書類も上記と同様に必須になります。

その際、被保険者の本人確認書類は顔付きでなくとも1点あれば申請可能です。