

後期高齢者医療 入院日数届書

届出者住所		本人との 関係(続柄)	
届出者氏名		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	明治 大正 昭和	年 月 日
	住所	倉敷市	

長期入院	非該当 該当 (下記の入院日数合計が 90日を超える場合)	事務 処理 欄	負担区分 (低 I 低 II 低 II 却下) 非課税 未申告 後期高齢者医療制度での低 II 減額認定期間
------	-------------------------------------	---------------	--

長期入院の対象入院期間： 申請月以前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)

◎長期入院の申請者のみ入院の内訳を記入してください。 入院日数合計 (日間)

長期入院の対象入院期間			入院をした保険医療機関等	
①	年 月 日	日間	名 称	
	年 月 日		所在地	
②	年 月 日	日間	名 称	
	年 月 日		所在地	
③	年 月 日	日間	名 称	
	年 月 日		所在地	
④	年 月 日	日間	名 称	
	年 月 日		所在地	

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様
 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
 申請者 (被保険者氏名) _____

受付者		作成者	
交付	窓口・郵送	(/)	
窓口交付本人確認	免保介	その他()	

※介護型療養病床への入院や、介護施設への入所等は、後期高齢者医療の保険給付外のため対象外です。申請された入院期間について認定対象外の期間の場合等は訂正させていただきますのでご了承ください。