

後期高齢者医療 入院日数届書

記入例

届出者住所	倉敷市西中新田640	本人との関係(続柄)	妻
届出者氏名	倉敷 花子	連絡先電話番号	(426) 3395

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
被保険者	フリガナ	クラシキ タロウ	
	氏名	倉敷 太郎	
	生年月日	明治 太平 〇〇	
	住所	倉敷市	

適用区分が「区分Ⅱ」(相当)に認定されている方(前保険での認定も含む)が、認定期間内に91日以上入院期間を経過した場合、長期入院該当の申請により、さらに食事代が減額されます。

長期入院	<input type="radio"/> 非該当 <input checked="" type="radio"/> 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 (122 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	令和 6年 8月 1日	31日間	名称	倉敷内科医院
	令和 6年 8月 31日		所在地	倉敷市笹沖160番地
②	令和 6年 9月 1日	91日間	名称	吉備第九病院
	令和 6年 11月 30日		所在地	岡山市北区大供一丁目1番1号
③	年 月 日	日間	名称	
	年 月 日		所在地	
④	区分Ⅱに認定されている方が長期入院を申請する場合 (前保険で区分Ⅱ相当の減額認定を受けていた場合も、長期入院の対象期間となります)			

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 6 年 12 月 24 日

申請者
 (被保険者氏名) 倉敷 太郎

※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。