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	明治・大正・昭和　　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	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	(　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	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	(　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	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	(　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	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	(　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	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	(　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）

【　　記　　入　　不　　要　　】

市役所での記入面

● 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（A’1点　A2点　B2点は不可）		
□ 個人番号カード	□ 個人番号カード　A’	□ 資格確認書　A	□ 住民票・戸籍謄本等　B
□ 通知カード	□ 運転免許証	□ 特定疾病療養受療証	□ 無料乗車証(バス)
□ 住民票の写し	□ 運転経歴証明書	□ 重度医療費受給者証	□ 預金通帳・ｷｬｯｼｭｶｰﾄﾞ
□ 職員が記載	□ 身体障害者手帳	□ 介護保険被保険者証	□ 診察券(給付履歴あり)
	□ 精神障害者保健福祉手帳	□ 介護保険負担割合証	□ 資格情報のお知らせ
	□ 療育手帳	□ 年金証書・年金手帳	□
	□ 旅券	□	
	□ 住民基本台帳カード		
	□		
			□ 聞き取り(診・口・年・家・5)

代理権の確認	代理人の身元確認（A’1点　A2点　B2点は不可）		
□ 同一世帯員	□ 個人番号カード　A’	□ 資格確認書　A	□ 住民票・戸籍謄本等　B
□ 戸籍謄本等（法定代理人）	□ 運転免許証	□ 減額・限度額認定証	□ 無料乗車証(ﾊﾞｽ)
□ 委任状（任意代理人）	□ 運転経歴証明書	□ 特定疾病療養受療証	□ 預金通帳・ｷｬｯｼｭｶｰﾄﾞ
□ 申請者の資格確認書	□ 身体障害者手帳	□ 重度医療費受給者証	□ 診察券(給付履歴あり)
□ 保護受給証明書	□ 精神障害者保健福祉手帳	□ 資格確認書（後期以外）	□ 資格情報のお知らせ
□ 個人番号カード	□ 療育手帳	□ 高齢受給者証	□
□ その他(上記が困難な場合)	□ 介護支援専門員証	□ 介護保険被保険者証	
	□ 旅券	□ 介護保険負担割合証	
	□ 住民基本台帳カード	□ 年金証書・年金手帳	
	□	□	
			□ 聞き取り(診・口・年・家・5)