

届出者名	□被保険者と同じ	本人との関係	□本人
届出者住所	□被保険者と同じ	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・大・昭・(西暦) 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	
②		届出日の前12か月の入院日数	～
	入院をした保険医療機関等	名称	
③		届出日の前12か月の入院日数	～
	入院をした保険医療機関等	名称	
④		届出日の前12か月の入院日数	～
	入院をした保険医療機関等	名称	
⑤		届出日の前12か月の入院日数	～
	入院をした保険医療機関等	名称	

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 殿

1. 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。
 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。

年 月 日

以下、市(区)町記入

受付日	年 月 日	処理欄	交付有〔窓口・郵送()〕:交付無	適用開始日	年 月 日
			<本人確認> 書類名:免(経)・マイ・パ・障・介・資格確認書・ その他()		
受付者				長期入院 該当日	年 月 日