

届出者名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
届出者住所	<input type="checkbox"/> 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		
		所在地		
②	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		
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		

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
受付者			<本人確認> 書類名：免（経）・マイ・パ・障・介・資格確認書・ その他 (          )		長期入院 該当日