

届出者名	姫路 一郎	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	子	<input type="checkbox"/> 本人
届出者住所	姫路市〇〇町100番地	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	連絡先電話番号	090-XXXX-YYYY	

被保険者番号	01234567		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ	ヒメジ タロウ		
	氏名	姫路 太郎		
	生年月日	明・大 昭 (西暦) 20 年 4 月 1 日		
	住所	姫路市安田四丁目1番地		

<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)
	入院した保険医療機関等	名称		
②	届出日の前3か月の入院日数	～		(日間)
	入院した保険医療機関等	名称		
③	届出日の前3か月の入院日数	～		(日間)
	入院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	～		(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		

入院の領収書の写しを添付 (届出欄の記入は不要)

※直近3カ月以内の分は必須

※後期高齢者医療保険課で入院日数がわかる分は添付の省略が可能

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。

R6 年 12 月 15 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	年 月 日