

後期高齢者医療 長期入院日数届書

届出者名	(続柄)	電話番号	
届出者住所			

被保険者番号		個人番号（マイナンバー）	
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	☐ 届出者と同じ	

<長期入院に関する届出欄>※入院の領収書の写しを添付してください。

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	

奈良県後期高齢者医療広域連合長 様			
・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。			
年 月 日			

発効期日（ / ）	長期認定該当日（ / ）	交付：郵送・窓口（ / ）	受付者（ ）
本人確認書類（窓口交付） <u>顔写真付きは 1 点、顔写真なしは 2 点（被保険者本人分のみ資格確認書 1 点で可）で確認</u>			
〈本人〉資格確認書・運転免許証・障がい者手帳・マイナンバーカード・通帳・キャッシュカード			
介護保険被保険者証・ななまるカード・年金証書・その他（ ）			
〈代理人〉運転免許証・障がい者手帳・マイナンバーカード・通帳・キャッシュカード			
資格確認書・介護保険被保険者証・ななまるカード・年金証書・その他（ ）			