|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 住所 |  |

別記第３３号様式（第２７条関係）

後期高齢者医療　長期入院日数届書

＜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  |  |

　　　東京都後期高齢者医療広域連合長　宛

・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

【　担当処理欄　】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 適　　用 | 長期入院却　　下 | 適用（却下）日 | 　　年　　月　　日 | 　受付者　　　　　　入力者　　　　　　再検者 | 受　付　印　 |  |

（用紙規格　Ａ４）