|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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）