

後期高齢者医療長期入院日数届書

申請(届出)者名			本人との関係		
申請(届出)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	明・大・昭	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	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 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	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 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	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 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	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 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	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
⑥	届出日の前12か月の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

佐賀県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

[市町記入欄]

伊万里市 (確認欄)	課長	副課長	係長	担当者	交付	点検	受付	受付日	. .
								交付方法	窓口・郵送・却下
申請者確認方法 (右記__番で確認)		①個人番号カード等身分証明書の提示 ②被保険者からの委任状持参 ③申請勧奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類 ④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示 ⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示 ⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑦その他 ( )							
番号確認方法 (右記__番で確認)		①個人番号カード ②通知カード ③個人番号が記載された住民票の写し等の証明書 ④住民基本台帳システムまたは標準システム等で確認							
資格確認書の写し添付確認		<input type="checkbox"/> 確認							

[広域連合処理欄]

受付日	業務課長	副課長	係長	資格課係	担当	備考
						<input type="checkbox"/> 確認