

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]

市町(支所)名 []	受付日 [. .]	受付者名 []・郵送	認定交付 [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 [広域連合処理欄]	<input type="checkbox"/> 確認		

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