様式第33 号

後期高齢者医療長期入院日数届書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 個 人 番 号 |  |
| 被保険者 | フリガナ |  |
| 氏 名 |  |
| 生年月日 | 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 |  |

電話番号

被保険者本人との関係

名

氏

所

住

届出者

日

月

年

（ あて先） 新潟県後期高齢者医療広域連合長

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。また、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。

注意事項

・届出者が被保険者又は世帯主でない場合は、委任状が必要です。

・自署である場合は、押印不要です。