

後期高齢者医療 長期入院日数届書

年 月 日

(宛先) 山梨県後期高齢者医療広域連合長

本人確認

申請（届出）者名		被保険者との関係	
申請（届出）者住所			
連絡先（電話番号）			

下記のとおり関係書類を添えて入院日数を届け出ます。

本人確認

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		

直近12か月の入院日数が90日を超える方（長期入院該当）は、入院日数の届出を行うことで食費に係る負担額が更に減額されます。

入院日数合計（ 日間）			
①	申請日の前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	申請日の前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	申請日の前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	申請日の前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	申請日の前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	

マイナ保険証\*を利用すれば、事前の手続きなく高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。

※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

- 区分を併記した資格確認書の交付を希望（ 郵送交付・来庁受領 ）
- マイナ保険証利用のため資格確認書の交付不要