

後期高齢者医療長期入院該当適用申請書

太枠の中を記入してください。

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号		個人番号	
氏名 (フリガナ)			
生年月日	年	月	日
住所			
申請日の前12か月の適用区分が低所得者Ⅱの期間の入院日数合計 日間			
入院日数		医療機関等の名称・所在	
1	年 月 日～ 年 月 日 (日間)		
2	年 月 日～ 年 月 日 (日間)		
3	年 月 日～ 年 月 日 (日間)		
4	年 月 日～ 年 月 日 (日間)		
5	年 月 日～ 年 月 日 (日間)		
6	年 月 日～ 年 月 日 (日間)		
広島県後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり、関係書類を添えて、申請します。 資格確認書の交付を受けている場合、資格確認書の長期入院該当日に併記することを希望します。 年 月 日			

送付日 年 月 日	システム入力者	システム確認者	(受領サイン)
回収日 年 月 日			
種別 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 却下通知書 <input type="checkbox"/> 決定通知書			確認書類 <input type="checkbox"/> マイナカード・免許証・その他 ()

(備考)

領収書 医療機関等の証明書 レセプト 医療機関_____へ_____が確認

入院算定期間の区分が低所得Ⅱであることを確認済

(後期加入前保険の場合、確認方法: _____)

※資格確認書の交付を受けていない場合は、マイナポータルで認定状況を確認できます。

市区町受付印