

市町名	
被保険者番号	

食事療養標準負担額に係る長期入院日数届出書

届出者氏名		被保険者との関係	
届出者住所		連絡先 電話番号	

被保険者番号							
被 保 険 者	(フリガナ) 氏 名						
	個 人 番 号						
	生 年 月 日				年	月	日
	住 所						
長 期 入 院		<input type="checkbox"/> 該 当			<input type="checkbox"/> 非 該 当		

※この欄は長期入院該当者のみ記入してください。			入院合計日数 ( 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			

(あて先) 三重県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、関係書類を添えて長期入院日数届出書を提出します。

令和 年 月 日

市 町 確 認 欄							
受付者	本人確認	個人番号確認	入力者	交付方法	減額区分	回収	その他特記事項
	運転免許証・個人番号カード 住基カード・障害者手帳 資格確認書・介護保険証 その他 ( )	個人番号カード 通知カード その他 ( )		窓口 郵送	低所得Ⅰ 低所得Ⅱ 低Ⅱ長期	回収 月 日 入力 月 日	
			月 日	月 日			

