

| | |
|--------|--|
| 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 () | 月 日 | 窓口 郵送 | 低所得Ⅰ 低所得Ⅱ 低Ⅱ長期 | 回収 月 日 入力 月 日 | |

