

第 3 2 号様式（第 2 5 条関係）

後期高齢者医療入院日数届書

申請（届出）者名		被保険者との関係	
申請（届出）者住所		電 話 番 号	
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			

直近 12 か月の入院日数が 90 日を超える方は、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。
 入院日数の届出を希望する方は、以下もご記入ください。

入院日数合計（ 日間）			
①	届出日の前 12 か月の入院日数	～ （ 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	～ （ 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	～ （ 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	～ （ 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	～ （ 日間）	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
（宛先）京都府後期高齢者医療広域連合長 ※該当する項目を☑としてください。 ☐ 1. 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。 ☐ 2. 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。 年 月 日			