

区分Ⅱのみ

後期高齢者医療入院日数届書

申請（届出）者氏名	新宿 太郎	本人との関係	本人
申請（届出）者住所	〒162-8484 東京都新宿区歌舞伎町 1-4-1 電話番号 00-0000-0000		

被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	
被 保 険 者	フリガナ	シンジユク タロウ		
	氏名	新宿 太郎		
	住所	〒162-8484 東京都新宿区歌舞伎町 1-4-1	生年月日 昭和2年 1月 1日	

長期入院該当	※区分Ⅱに該当する期間中の入院日数が90日を超える方は入院日数の届出を行うことで、食費に係る限度額が更に減額されることがあります。入院日数の届出を希望する方は、以下の入院日数記入欄をご記入いただき、入院日数のわかる医療機関の請求書・領収書等を添付してください。			
①	届出日の前12か月の入院日数	令和2年 10月 1日 ~ 令和2年 12月 31日 (92日間)		
	入院をした保険医療機関等	名称	□□病院	
		所在地	東京都〇〇区△△町 00-00-00	
②	届出日の前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	届出日の前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		

東京都後期高齢者医療広域連合長あて

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療入院日数届書を提出及び、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請をします。

届出日 令和〇 年 〇 月 〇〇 日

赤字で記載している箇所をご記入ください。

区 使 用 欄	1. 窓口交付 2. 通常交付（翌日・交換便） 3. 郵送交付（支給・FAX送信）	適用区分	区分Ⅱ
		適用月日	年 月 日
		長期認定月日	年 月 日
		長期適用月日	年 月 日

確 認 欄	番号確認	本人確認	代理権確認	受付	入力	交付日	窓口交付	郵送交付
						/		

確認書類：①個人番号カード・免許・運転経歴証・パスポート・住基カード・障害者手帳・他（ ）
②保険証・減額証・限度額証・介護証・他（ ）

後期高齢者医療入院日数届（長期入院該当）について

1 対象者

所得区分が「区分Ⅱ」(※)の被保険者で、直近12か月の入院日数が90日を超える方。

(ただし令和2年10月1日以降に減額証を交付された方は、令和2年10月1日以降の申請入院日数90日を超えている場合に限ります。)

- ※・「区分Ⅱ」に該当する方：世帯全員が住民税非課税である方のうち、下記の「区分Ⅰ」に該当しない方
- ・「区分Ⅰ」に該当する方：世帯全員が住民税非課税であって、年金の控除額を80万円としたとき、世帯全員の所得がない方。または老齢福祉年金を受給している方

2 申請に必要な書類

『後期高齢者医療入院日数届書』のほかに以下の書類が必要です。

【共通に必要なもの】

- ・申請者の本人確認書類 ※1
- ・被保険者本人のマイナンバーの確認書類 ※2
- ・被保険者本人の後期高齢者医療の減額証（既に交付を受けている場合のみ）
- ・入院日数のわかる医療機関の請求書・領収書等

【代理人が申請する場合】

- ・代理権の確認書類（法定代理人の場合は登記事項証明書、その他の代理人は被保険者本人が署名等をした委任状）

※1 以下の[1]または[2]の書類を本人確認書類とみなします

[1]顔写真付きの身分証明書1点（例）マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・身体障害者手帳・住基カード

[2]その他の証明書2点（例）・公的保険の被保険者証・官公庁等の発行した書類（後期高齢者医療の納入通知書等）

※2 以下の書類をマイナンバーの確認書類とします

- ・マイナンバーカード（個人番号カード）
- ・通知カード
- ・マイナンバーが記載された住民票の写し

ご不明な点等ありましたら、以下の連絡先までご相談ください。

<問い合わせ先>

新宿区健康部高齢者医療担当課高齢者医療係

電話 03-5273-4562（直通）

区分Ⅱのみ

後期高齢者医療入院日数届書

申請（届出）者氏名		本人との関係	
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		
	住所	生年月日 年 月 日	

長期入院該当	※区分Ⅱに該当する期間中の入院日数が90日を超える方は入院日数の届出を行うことで、食費に係る限度額が更に減額されることがあります。入院日数の届出を希望する方は、以下の入院日数記入欄をご記入いただき、入院日数のわかる医療機関の請求書・領収書等を添付してください。		
①	届出日の前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	届出日の前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	届出日の前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	

東京都後期高齢者医療広域連合長あて

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療入院日数届書を提出及び、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請をします。

届出日 年 月 日

区 使 用 欄	1. 窓口交付	適用区分	区分Ⅱ
	2. 通常交付（翌日・交換便）	適用月日	年 月 日
	3. 郵送交付（支給・FAX送信）	長期認定月日	年 月 日
		長期適用月日	年 月 日

確 認 欄	番号確認	本人確認	代理権確認	受付	入力	交付日	窓口交付	郵送交付
						/		

確認書類：①個人番号カード・免許・運転経歴証・パスポート・住基カード・障害者手帳・他（ ）
②保険証・減額証・限度額証・介護証・他（ ）