

記入例

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	〒160-8484 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	〒160-8484 東京都新宿区歌舞伎町 1-4-1	生 年 月 日	〇〇年 〇〇月 〇〇日

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	〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇〇 日間)		
	入院をした保険医療機関等	名 称	〇〇病院	
		所在地	東京都〇〇区〇〇 〇〇-〇〇	
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、関係書類を添えて入院日数届書を提出します。
- ・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。

届出日 〇〇年 〇〇月 〇〇日

区 使 用 欄	1. 窓口交付	適用区分	区分Ⅱ
		適用月日	年 月 日
	2. 郵送交付	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資格確認書・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

区分Ⅱ（※）の減額認定を受けていた期間の入院日数が、過去12か月で90日を超える方。

※・「区分Ⅱ」に該当する方：世帯全員が住民税非課税であり、下記の「区分Ⅰ」に該当しない方

- ・「区分Ⅰ」に該当する方：①世帯全員が住民税非課税であり、世帯全員の所得が0円の方（公的年金収入は80万円を控除、給与収入は給与所得控除後さらに10万円を控除し計算）、または②世帯全員が住民税非課税であり、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資格確認書（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）・介護保険の被保険者証・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）

後期高齢者医療入院日数届書

区分Ⅱのみ

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、関係書類を添えて入院日数届書を提出します。
- 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。

届出日 年 月 日

区 使 用 欄	1. 窓口交付	適用区分	区分Ⅱ
		適用月日	年 月 日
	2. 郵送交付	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資格確認書・保険証・減額証・限度額証・介護証・他（ ）