

後期高齢者医療長期入院日数届書の提出について

「区分Ⅱ」の認定を受けていた期間の入院日数が、過去12か月以内で90日を超えた場合、この届出によって入院時の食費が1食あたり240円から190円に減額されます。この軽減は、申請日の翌月1日から適用となります。（申請日以降に資格取得する場合は資格取得日から適用）

届書を記入し、必要書類を添えてご申請ください。郵送にて受付した届書については、内容を確認後、長期入院該当日を記載した資格確認書を発行し、特定記録郵便でお送りします。

また、入院日数が90日を超えた日から申請月の月末までの期間については、差額（50円/食）の支給対象となります。こちらも申請が必要となりますので、あわせてご申請ください。（郵送申請の場合は資格確認書送付時に申請書を同封します。）

《必要書類》

- ・後期高齢者医療長期入院日数届書
- ・過去12か月に90日を超える入院をしたことが確認できる書類（医療機関の領収書等）
- ・申請者の本人確認書類の写し
- ・委任状または被保険者本人の本人確認書類の写し（被保険者が申請者の場合は不要）

本人確認書類	1点で可	2点以上で可
被保険者	<ul style="list-style-type: none"> ・運転免許証 ・運転免許経歴書 ・マイナンバーカード ・身体障害者手帳 ・パスポート 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・資格確認書 ・介護保険証 ・介護保険負担割合証
被保険者本人以外	その他官公署発行書類に、氏名・住所の記載があるもの	
成年後見人等	登記事項証明書、審判書等、申請者の本人確認書類	

※氏名・生年月日・住所の3点が確認できるものが必要です

※有効期限設定のあるものは、有効期限内のものとなります

参考【長期入院適用時の自己負担限度額等】

1か月の自己負担限度額は、下表のとおりです。（保険適用とならない差額ベッド代などは自己負担限度額に含まれません。）

長期入院日数の届出をいただくと、入院時の食費（1食あたり）が190円になります。（下表★）

適用区分	外来 (個人ごと)	外来+入院 (世帯ごと)	入院時の食費 (1食あたり)
区分Ⅱ	8,000円	24,600円	240円
			190円★
区分Ⅰ		15,000円	110円

〒153-8573
目黒区上目黒2丁目19番15号
目黒区 国保年金課 後期高齢者医療係
電話03-5722-9838（直通）

（裏面が記入例になっています）

記入例

申請(届出)者名		本人との関係	
申請(届出)者住所		連絡先電話番号	()
被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		

- ・申請者氏名
 - ・申請者と本人の関係
 - ・申請者住所
 - ・日中連絡の取れる電話番号
 - ・被保険者番号(不明な場合は記入不要)
 - ・被保険者氏名(フリガナ)
 - ・被保険者の生年月日
 - ・被保険者の住所
- を記入してください。
※申請者は被保険者本人でも構いません

<長期入院に関する届出欄>

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	

- ・入院日数合計
 - ・入院期間、入院先
- を記入してください

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

- ・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、**申請日を記入してください。**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

【 担当処理欄 】

<h1>記入不要</h1>

後期高齢者医療 長期入院日数届書

申請(届出)者名		本人との関係	
申請(届出)者住所		連絡先電話番号	()
被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		

<長期入院に関する届出欄>

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	

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

- ・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。

年 月 日

【 担当処理欄 】

適 用	長期入院 却 下	適用 (却下) 日	年 月 日	受付者	入力者	再検者	受 付 印
--------	-------------	-----------------	-------	-----	-----	-----	-------------

交付：窓口・郵送 (/)