

後期高齢者医療長期入院日数届出書の提出について

住民税非課税世帯のかたで、区分Ⅱの認定を受けているかたは、過去１２か月以内（区分Ⅱの認定を受けている期間）の入院日数が９０日を超える場合、この届出によって入院時の食費（２４０円）がさらに軽減されます。

該当するかたは、申請書を記入し、必要書類を添えて国保年金課後期高齢者医療係までご申請ください。（記入例は裏面をご参照ください。）

《必要書類》

- ・後期高齢者医療長期入院日数届出書
- ・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）
- ・申請者の身分確認書類の写し
- ・委任状または被保険者本人の身分確認書類の写し（被保険者が申請者の場合は不要）
- ・後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項併記申請書（資格確認書をお持ちの場合は不要）

確認書類	1点で可	2点以上で可
被保険者	・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	・資格確認書 ・健康保険証 ・健康保険限度額適用認定証 ・健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証 ・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	

※確認書類は、氏名・生年月日・住所の３点が確認できるものが必要です

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。）

「区分Ⅱ」の認定を受けたかたについて、長期入院日数の届け出をいただくと、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 】

記入不要

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	適用 (却下) 日	年 月 日	受付者 入力者 再検者	受 付 印	
	却 下					

交付：窓口・郵送 (/)