

記入例

別記第33号様式（第27条関係）

申請(届出)者名	武蔵 太郎		本人
申請(届出)者住所	〒0000-0000 武蔵村山市 〇〇 1-1-1	電話番号	000-000-0000
被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
被保険者	フリガナ	ムサシ タロウ	
	氏名	武蔵 太郎	
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
	住所	〒0000-0000 武蔵村山市 〇〇 1-1-1	

申請者の住所、氏名等を記載してください。  
申請者が代理人の場合は、委任状が必要です。その場合、代理人の身元保証人のコピーを添付してください。（なお、代理人が同世帯の場合は委任状は不要です。）

発行が必要な後期高齢者の住所、氏名等を記載し、マイナンバーが分かる書類のコピーと、身元証明書のコピーを添付してください。

直近12か月の入院日数が90日を超えるかたは、入院日数の記載と該当する期間が分かる医療機関の領収書を提出してください。

<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。

記入の必要はございません。

【 担当処理欄 】

適	用	却	下	日		印	
---	---	---	---	---	--	---	--