

後期高齢者医療 移送費支給申請書

受付時使用欄			
受付日	年 月 日		
決定日	年 月 日		
システム入力者		システム確認者	

保険者番号	3	9	3	4	2	0	5	0	受 移 送 を	個人番号									
被保険者番号										被保険者氏名									
公費負担者番号										生年月日	M	T	S	年	月	日			
公費受給者番号										負担区分	1割 ・ 2割 ・ 3割								

種類	移送費	移送年月日	年 月 日
傷病名及びその原因		第三者の行為によるものですか	はい・いいえ・不明
		発病又は負傷の年月日	年 月 日
移送経路			
移送方法			
付添人の氏名			
付添人の住所			

※付添人とは医師や看護師のことで、家族が付添っても付添人とはなりません。

移送に要した費用額 (領収書添付)									
審査認定額									
支給金額									

確認
済・無

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。

振込先	銀 金 組 農	行 庫 合 協	本店支店 ()		預金種別	普通 当 座 ()
			金融機関コード	支店コード		
※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。						
口座番号(右詰)			記号・番号			
口座名義人 (カタカナ)	カタカナで上段より左詰で記入してください。濁点・半濁点は1字とし、姓と名の間は1マス空けてください。					

上記のとおり、関係書類を添えて移送費の支給を申請します。

令和 年 月 日

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者の住所・氏名等
(〒 -)

住所 尾道市

氏名

被保険者
との関係

電話番号