

# 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・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