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	受移け送たを	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	銀行 金庫 組合 農協 ※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。	本店 支店 （　） 金融機関コード　支店コード	預金種別	普通 当座 （　）
口座番号（右詰）		記号・番号	※ゆうちょ銀行で口座番号不明のときには必ず記入してください。	
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。

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