

後期高齢者医療移送費支給申請書

受付日 年 月 日
 決定日 年 月 日

保険者番号		個人番号	
被保険者番号		移 受 送 け を た	被保険者氏名
公費負担者番号			生年月日
公費受給者番号			年 月 日
		入外	割合 割

傷病名	
発病又は負傷の原因	1 : 第三者行為(第三者の氏名 住所) 2 : その他(疾病等)
発病又は負傷の年月日 (療養開始日)	年 月 日
診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関等の名称	
申請理由	
移送経路	
移送方法	
移送年月日	
付添人の有無	有 → 付添人の氏名 無 付添人の住所
移送に要した費用の額	

振込先	銀行 信用金庫 農協 信用組合 ()	本店 支店・支所	預金種別	普通当座
口座番号				
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

医師等の意見書及び移送に要した費用の額を証する書類を添え、上記のとおり移送費の支給を申請します。

年 月 日

(宛先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 () _____