

後期高齢者医療移送費支給申請書

保険者番号	3 9 0 4	個人番号	
被保険者番号		被保険者氏名 (生年月日)	(明・大・昭 年 月 日)

以下のとおり、移送に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

氏名 _____ ㊞

連絡先 ☎ _____

〒 _____

住所 _____

- 添付書類

 - ・医師の意見書
 - ・聞取調書
 - ・領収書
 - ・通帳の写し

(受付日付印)

● 移送に関すること

移送年月日	令和 年 月 日	移送方法	
移送経路			
付添人の氏名	被保険者との関係	移送に要した費用の額	円
付添人の住所		負傷又は疾病の原因	<input type="checkbox"/> 第三者の行為による <input type="checkbox"/> 第三者の行為以外

※傷病名及びその原因並びに発病又は負傷の年月日は、別添「移送に係る医師の意見書」に記載のとおりです。

● お振込先

・振込先口座は原則として、申請者本人の口座を指定してください。
 ・やむを得ず申請者以外の口座に振込みを希望される場合は、裏面委任状にご記入ください。

振込先	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 協同組合 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> ()	預金種目 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> ()
金融機関コード	店舗コード		
口座番号	・口座番号は7桁となります。 ・7桁未満の場合は先頭を0で埋めてください。		該当箇所には☑をつけてください
口座名義人 (カカナ)	・姓と名の間は1マス空けて、左づめで記入してください。 ・小文字を含む文字(例：イリョウ)は、すべて大文字(例：イリヨウ)で記入してください。		

様式 R元.5~	市区町村 確認欄	口座 <input type="checkbox"/> 療養費登録	メモ
-------------	-------------	--------------------------------------	----

後期高齢者医療移送費支給申請書（裏面）

委任状

本申請に基づく給付金に関する受領を、下記代理人に委任します。

委任日

令和

年

月

日

代理人	住所	〒 —		
	氏名	Ⓜ		
	申請者との関係		連絡先	☎ — —
申請者	住所	〒 —		
	氏名	Ⓜ		

移送に係る医師の意見書

保険者番号	3	9	0	4						個人番号									
被保険者番号										被保険者氏名 (生年月日)	(明・大・昭 年 月 日)								

担当医師記入欄

傷病名及びその原因並びに発病又は負傷の年月日

移送を必要と認めた理由（看護師等の付き添いが必要な場合は、その理由も併せて記入してください）

移送経路

移送方法

移送年月日

診断年月日 令和 年 月 日

医療機関名

担当医師 氏名

印

※ この意見書は、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第60条第2項及び第3項に基づき記載していただく書類です。**裏面をご確認の上、規則第59条の各号に該当するかどうかを判断できるよう可能な限り詳しく記載してください。**

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（抜粋）

(移送費の支給が必要と認める場合)

第59条 後期高齢者医療後期連合は、被保険者が次の各号のいずれにも該当すると認められる場合に移送費を支給する。

- 一 移送により法に基づく適切な療養を受けたこと。
- 二 移送の原因である疾病又は負傷により移動する事が著しく困難であったこと。
- 三 緊急その他やむを得なかったこと。

(移送費の支給の申請)

第60条 法第83条第1項の規定により移送費の支給を受けようとする被保険者は、次に掲げる事項を記載した申請書を、後期高齢者医療広域連合に提出しなければならない。

- 一 被保険者番号
 - 二 氏名
 - 三 傷病名及びその原因並びに発病又は負傷の年月日
 - 四 移送経路、移送方法及び移送年月日
 - 五 付添いがあったときは、その付添人の氏名及び住所
 - 六 移送に要した費用の額
 - 七 疾病又は負傷の原因が第三者の行為によるものであるときは、その事実並びに第三者の氏名及び住所又は居所（氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときは、その旨）
- 2 前項の申請書には、次に掲げる事項を記載した医師又は歯科医師の意見書及び同項第六号に規定する移送に要した費用の額を証する書類を添付しなければならない。
- 一 移送を必要と認めた理由（付添いがあったときは、併せてその付添いを必要と認めた理由）
 - 二 移送経路、移送方法及び移送年月日
- 3 前項の意見書には、これを証する当該医師又は歯科医師において診断年月日を記載し、記名及び押印をしなければならない。
- 4 第47条第3項の規定は、第2項の意見書について準用する。