後期高齢者医療移送費支給申請書

記入例

保険者番号	3 9 0 4 1 2 3 4	個人番号	0 0 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名 (生年月日)	広域太郎 (明・大・ 昭 5年 4月 3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。

平成 ○○ 年 4 月 1 日

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

氏名 広域太郎 広域 印

連絡先 ☎ 022-266-1021

〒 980-0011

住所 仙台市青葉区上杉1丁目2-3

- 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	平成 ○○ 年 3 月 1 5 日	移送方法	寝台車
移送経路	○○病院～仙台宮城IC～築館IC～後期病院		
付添人の氏名	給付花子	被保険者との関係	妻
付添人の住所	仙台市青葉区上杉一丁目2-3	移送に要した費用の額	120,000 円
		負傷又は疾病の原因	☐ 第三者の行為による ☒ 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	○ ○	☒ 銀行 ☐ 信用金庫 ☐ 信用組合 ☐ 協同組合 ☐ ()	△ △	☒ 本店 ☐ 支店 ☐ 出張所 ☐ ()	預金種目	☒ 普通 ☐ 当座 ☐ 貯蓄 ☐ ()
金融機関コード	1 2 3 4	店舗コード	0 1 1			
口座番号	1 0 2 0 3 0 4	・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(カタカナ)	コウイキ タロウ					
	・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。					