

後 期 高 齢 者 医 療 移 送 費 支 給 申 請 書

移送を受けた 被保険者	保険者番号						氏 名	
	被保険者番号						生年月日	年 月 日
	個人番号							
付添いを要した場合の 付添人の住所及び氏名	住所						発病又は負傷の年月日	年 月 日
	氏名							
移送方法						移送年月日	年 月 日	
移送経路								
傷病名及びその原因	傷病名					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者 の住所又は氏名	住 所	
	原 因						氏 名	
移送に要した費用の額						円	審査認定額※ (支給金額)	円
								※の欄は記入不要です
医師又は 歯科医師 の意見欄	移 送 方 法					移送年月日	年 月 日	
	移 送 経 路							
	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)							
	上記のとおり移送の必要を認めます。 診断年月日 年 月 日 所在地 医療機関の 名称 医師(歯科医師名)							
受取口座	<input type="checkbox"/> 被保険者の公金受取口座を利用します。 ※給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、 上記の「 <input type="checkbox"/> 被保険者の公金受取口座を利用します。」にチェック(レ)してください。 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載は不要です。							
振 込 先	金融機関名					口座種別		
	銀 行・信用金庫 農 協・信用組合 ()		店 ()			普 通・当 座 ()		
	口座番号			フリガナ				
				口座名義人				
上記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。								
年 月 日 (あて先)岐阜県後期高齢者医療広域連合長 申請者 郵便番号 住 所 氏 名 電 話 () —								

被保険者以外が申請する場合以下の欄にも記入をしてください。

委 任 欄	(あて先)岐阜県後期高齢者医療広域連合長 私はこの移送費支給申請を下記の者に委任します。						
	委任する人(被保険者)						
	住 所						
	氏 名						
	委任を受ける人						
住 所							
氏 名							
委任する人(被保険者)との関係							