

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	3	9	2	1	0	0	0	0	氏名	広城 太郎		
	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
付添いを要した場合の 付添人の住所及び氏名	住所	個人番号はわからない場合、空欄可							発病又は負傷の年月日	年 月 日			
	氏名												
移送方法	ドクターカーを使用							移送年月日	令和 5年 1月10日				
移送経路	〇〇病院 ~ 高速道路 (□□ I. C. より☆☆ I. C.) ~ △△病院												
傷病名及びその原因	傷病名	骨髄移植 (白血病)					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	不明						氏名					
移送に要した費用の額	100,000 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 (✓) 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 ()							〇〇支 ()		普通・当座 ()			
	口座番号							フリガナ	コウイキ ハナコ				
	1	2	3	4	5	6	7	口座名義人	広城 花子				
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。 令和△△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 501-6111 住所 岐阜市柳津町宮東1丁目1番地 氏名 広城 太郎 電話 (〇〇〇) □□□-△△△△													

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											

この委任欄については以下のとおりです。

- ・申請者が被保険者本人⇒記載なし
- ・申請者が相続人(被保険者死亡)⇒記載なし、ただし申立・誓約書が必要
- ・申請者が被保険者以外(被保険者存命)⇒記載必要