

後 期 高 齢 者 医 療
移 送 費 支 給 申 請 書

保険者番号		被保険者番号		
被保険者氏名		個人番号		
生年月日	大 正 ・ 昭 和	年 月 日	診 療 年 月	年 月
傷病名及びその原因	別紙医師又は歯科医師の意見書のとおり		負 担 割 合	割
発病又は負傷の年月日	別紙医師又は歯科医師の意見書のとおり		入院・外来の別	入院・外来
移送経路、移送方法及び移送年月日		別紙医師又は歯科医師の意見書のとおり		
付き添いがあったとき	付添人の氏名			
	住所又は居所			
第三者の行為によるものであるとき	第三者の氏名			
	住所又は居所			

移送に要した費用額	円	移送に要した費用額	円
-----------	---	-----------	---

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は（ ）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振込先	銀 行 信用金庫 信用組合 農協・漁協 ()	本店・支店 ()	預金種別	普通 当座 ()

口座番号等 <small>左語記載して下さい</small>		
-----------------------------------	--	--

口座名義人 (カタカナ)	
-----------------	--

- 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、「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（上記太枠部）の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

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。

上記のとおりに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

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所

氏 名 電話番号

- 被保険者との続柄 本人 配偶者 子 孫・ひ孫
兄弟姉妹 甥・姪 その他 ()