

# 後 期 高 齢 者 医 療

## 移 送 費 支 給 申 請 書

受付日 平成 年 月 日  
 決定日 平成 年 月 日

保険者番号		個人番号		
被保険者番号		移受 送 け を た	被保険者氏名	
			生年月日	年 月 日

傷 病 名		発 病 又 は 負 傷 年 月 日	年 月 日
傷 病 の 原 因			
移 送 経 路			移送距離 Km
移 送 方 法			移送年月日 年 月 日
付 添 い が あ っ た 場 合	付 添 人 の 氏 名		
	付 添 人 の 住 所		
疾 病 又 は 負 傷 の 原 因 が 第 三 者 の 行 為 に よ る 場 合	第 三 者 の 氏 名		
	第 三 者 の 住 所		

移送に要した費用額	円
審査認定額	円
支給金額	円

支 払 金 融 機 関	支払区分	口座振込	預 金 種 別	1 : 普通	銀行	支店・本店
	金融機関コード	-		2 : 当座	農協	支店・本店
				3 :	信組	支店・本店
				4 :	金庫	支店・本店
口座番号		口座名義人 (カタカナ)				

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いたします。

平成 年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様  
〒

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

受 領 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。平成 年 月 日	
	申請者	氏名 _____ 印
	代理人の 氏 名	(フリガナ) _____ 印
	代理人の 住 所	郵便番号         -

記載例

後 期 高 齢 者 医 療

移 送 費 支 給 申 請 書

受付日 平成 年 月 日  
 決定日 平成 年 月 日

保険者番号	39050001	個人番号		
被保険者番号	01810001	移受 送 け を た	被保険者氏名	広域 花子
			生年月日	S 7 年 7 月 7 日

傷 病 名	重度右片麻痺	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	H 28 年 3 月 1 日	
傷 病 の 原 因	脳梗塞	意見書から転記すること。		
移 送 経 路	秋田県内A病院 → 東京都内B病院		移送距離	630 Km
移 送 方 法	救急搬送車	移送年月日	H 28 年 3 月 30 日	
付 添 い が あ っ た 場 合	付添人の氏名	意見書で付添人が必要と認められた場合、記載が必要。		
	付添人の住所			
疾病又は負傷の 原因が第三者の 行為による場合	第三者の氏名	疾病又は負傷の原因が第三者の行為によるものである場合、記載が必要。氏名又は住所がわからないときは、その旨を記入すること。		
	第三者の住所			

移送に要した費用額	300,000	円
審査認定額		円
支給金額		円

記載しないこと。

支 払 金 融 機 関	支払区分	口座振込	預 金 種 別 ① 普通 2 : 当座 3 : 4 :	山王 銀行 広域 支店・本店
	金融機関コード	0110-001		農協 支店・本店
	口座番号	01111111		信組 支店・本店
				金庫 支店・本店
			口座名義人 (カタカナ)	コウイキ ハナコ

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いたします。

平成 28 年 4 月 10 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

〒 001-0001

秋田市山王4丁目4番4号

申請者

住 所

氏 名

広域 花子

印

電話番号

018-888-8888

受 領 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日	
	申請者	氏名 印
	代理人の 氏 名	(フリガナ) 印
	代理人の 住 所	郵便番号

委任有の場合に記載が必要となる。