

後期高齢者医療
移送費支給申請書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号		個人番号	
被保険者番号		移送を受けた	被保険者氏名
移送年月日	年 月 日		生年月日

傷病名		
発病又は負傷年月日		
移送経路		
移送方法		
付添人の氏名及び住所	住所	
	氏名	
発病又は負傷の理由		

移送に要した費用額	
審査認定額	
支給金額	

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 協同組合 ()	本店・支店 ()	預金種別	普通当座 ()
口座番号等 左詰記載してください				市町村 確認欄
口座名義人 (カタカナ)				

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

島根県後期高齢者医療広域連合長 様

〒 申請者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

連絡先 _____