

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

提出者等	<input type="checkbox"/> 本人	氏名	(署名又は記名押印)	電話番号
	<input type="checkbox"/> 代理人 ()	住所		

保険者番号	個人番号			
被保険者番号	被保険者氏名			
公費負担番号	生年月日	年	月	日
公費受給者番号	区分	入院	外来	負担割合
診療年月	平成 年 月	療養期間	平成 年 月 日 から	
診療日数	日		平成 年 月 日 まで	

傷病名	
診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関名又は施術師	
支給申請をした理由	
発病又は負傷の理由	

療養に要した費用額	審査認定額 ※ 1
一部負担金	支給金額

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店 支店 出張所	普通 当座 ()	口座番号
				(フリガナ)
				口座名義人

担当医師記入欄	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)			
	移送年月日	平成 年 月 日	移送区間及び経路	
	移送方法		移送に要した費用の額	円
	平成 年 月 日		担当医師名	Ⓜ

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

〒 平成 年 月 日 申請者 住所 _____

福島県後期高齢者医療広域連合長 氏名 _____ Ⓜ

電話番号 () _____

受領委任欄	平成 年 月 日 委任者 住所 _____
	氏名 _____ Ⓜ
	私(申請者)は本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。
	受任者 住所 _____
	氏名 _____

受付欄	個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード	<input type="checkbox"/> その他 ()
	個人番号の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()
	個人番号の代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()