

後期高齢者医療移送費支給申請書

個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7				
移送を受けた被保険者氏名	広域 太郎						生年月日	昭和5年5月5日				
傷病名	脳梗塞						発病又は負傷の年月日	令和〇年〇月〇日				
発病又は負傷の原因	不明						第三者行為(交通事故等)の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無				
移送の経路及び方法	〇〇市〇〇医院から△△市△△医院まで緊急車両による移送						移送年月日	令和〇年〇月〇日				
							移送に要した費用	15,000 円				
付添人の氏名及び住所	氏名	広域 花子				住所	〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号					
振込先金融機関							預金種別					
〇〇			銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 協同組合				〇〇 本店支店出張所() 普通当座貯蓄					
口座番号				口座名義人								
7	6	5	4	3	2	1	フリガナ	コウイキ タロウ				
							氏名	広域 太郎				

上記のとおり移送費の申請をします。

ゆうちょ銀行の場合は、金融機関名は「ゆうちょ」、支店名は3桁の漢数字(例:「一二八」)です。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者 住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

氏名 広域 太郎



(自署の場合は押印)

連絡先 〇 1 2 3 - 4 5 - 6 7 8 9

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長