

後期高齢者医療移送費支給申請書

保険者番号	3	9	1	6					被保険者番号	0						
被保険者氏名										性別	男・女					
生年月日	年			月			日			個人番号						

傷病名							傷病年月日	平成	年	月	日
原因	一般疾病・第三者行為・その他（ ）										
診療を受けた医療機関等の名称及び所在地	名称										
	所在地										
診療、調剤に従事した医師、歯科医師、薬剤師名											
移送経路											
移送方法											
移送年月日	平成	年	月	日							
付添人の住所											
付添人の氏名											

移送に要した費用	円	審査認定額	円	支給金額	円
----------	---	-------	---	------	---

振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()						本店 支店 出張所			
	金融機関コード						店舗コード			
預金種目	普通・当座・貯蓄						<ul style="list-style-type: none"> 口座番号は7桁です。7桁未満の場合は先頭を0で埋めてください。 口座名義人はカタカナで左詰めで記入し、姓と名の間は1字空けてください。 			
口座番号										
口座名義人(カタカナ)										

富山県後期高齢者医療広域連合長 様

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。
 なお、振込先口座が私の名義でない場合は、口座名義人に受領の権限を委任します。

平成 年 月 日

〒

申請者 住所 _____

氏 名 _____ (印)

電話番号 _____ ()

市町村確認欄	<input type="checkbox"/> 届出人を確認済み
--------	-----------------------------------