

後期高齢者医療 移送費支給申請書

受付印

受付日 平成 年 月 日

決定日 平成 年 月 日

被保険者番号		個人番号	
被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日

移送年月日	平成 年 月 日	発症又は負傷年月日	平成 年 月 日
移送経路			
移送方法			
傷病名及びその原因			
付添人の住所氏名等	氏名	住所	
発病又は負傷の原因	1. 第三者傷害 2. その他		

移送に要した費用額	
審査認定額 ※	
支給金額	

振込先	銀行	本店 支店 出張所 支所	普通 当座 その他 ()	口座番号	
	信用金庫			口座名義人 (カタカナ)	
	農協				
	()	※金融機関コード			

※欄は記入しないでください。

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。

平成 年 月 日
愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____ ㊟

連絡先 (電話) () _____

受付
入力
確認