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		移送を受けた人	被保険者氏名	
			生年月日	年　　月　　日

傷病名		発病又は負傷年月日	年　　月　　日
傷病の原因			
移送経路		移送距離	Km
移送方法		移送年月日	年　　月　　日
付添いがあった場合	付添人の氏名		
	付添人の住所		
疾病又は負傷の原因が第三者の行為による場合	第三者の氏名		
	第三者の住所		

移送に要した費用額	円
審査認定額	円
支給金額	円

支払金融機関	支払区分	口座振込	預金種別	1：普通 2：当座 3： 4：	銀行　支店・本店 農協　支店・本店 信組　支店・本店 金庫　支店・本店
	金融機関コード	□□□□－□□□			
	口座番号	□□□□□□□	口座名義人（カタカナ）		

☐ 公金受取口座を利用します。

※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「☐ 公金受取口座を利用します。」にチェック（✓）してください。

※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

上記のとおりに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

秋田県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者　〒
住　所
氏　名
電話番号

受領代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。　年　月　日 申請者 氏名	
	代理人の氏名	（フリガナ）
	代理人の住所	郵便番号　□□□－□□□□