

後 期 高 齢 者 医 療 移 送 費 支 給 申 請 書

保険者番号	3	9	0	3				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	明・大・昭 年 月 日										
公費受給者番号								診療年月		年 月		入外	療養期間		年 月 日から					
診療年月								診療日数				割合	割		年 月 日まで					

種 類															
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	1：第三者行為(交通事故等)							2：その他(自損事故・疾病等)							

療養に要した費用額								食 事 回 数												
審査認定額								療養に要した費用額												
一部負担金								食事標準負担額												
支給金額																				

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先 口 座		銀 行	支 店	預 金	普 通																	
		信用金庫	支 所	種 別	当 座																	
		農 協	出 張 所																			
		()	()																			
	口座番号																					
	カタカナ																					
	口座名義人																					

口座番号は右詰めで記載してください。カタカナは左詰め、濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

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。

年 月 日

岩手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 _____