

## 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				
診療日数								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 信用金庫 農 協 ( )		支 店 支 所 出張所 ( )	預 金 種 別	普 通 当 座														
	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 \_\_\_\_\_