様式第16号の２（第９条関係）

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	被保険者氏名				
公費負担者番号			生年月日	年　　月　　日			
公費受給者番号			入外		割合	割	

傷病名	
発病又は負傷の原因	１：第三者行為（第三者の氏名　　住所　　） ２：その他（疾病等）
発病又は負傷の年月日（療養開始日）	年　　月　　日
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等の名称	
申請理由	
移送経路	
移送方法	
移送年月日	
付添人の有無	有　→　付添人の氏名 無　　付添人の住所
移送に要した費用の額	

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農協 （　　）	本店 支店・支所	預金種別	普通 当座
口座番号				
口座名義人（カタカナ）				

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。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。

医師等の意見書及び移送に要した費用の額を証する書類を添え、上記のとおり移送費の支給を申請します。

年　　月　　日

（宛先）静岡県後期高齢者医療広域連合長

申請者　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　（　　）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿