

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	移送を受けた方のマイナンバー		
被保険者番号		移受	被保険者氏名		
公費負担者番号		送	生年月日	年	月
公費受給者番号		をた	入外	割合	割

傷病名	移送を受けた方の内容で記入				
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	交通事故などの相手方がいる行為が原因で診療を受けたときは1に〇を付け、相手方の氏名・住所を記入してください。そうでないときは2に〇を付けてください。	
診療を受けた医療機関等の所在地	後期高齢者医療被保険者証 有効期限 発給年月日				
診療を受けた医療機関等の名称	医師や看護師が移送に付き添った場合は、有に〇を付け、その医師や看護師の氏名、医師等が勤める医療機関等の住所を記入してください。付き添いが無い場合は、無に〇を付けてください。				
申請理由					
移送経路					
移送方法	移送方法の欄に「有」または「無」のいずれかを選択してください。				
移送年月日	移送年月日の欄に「有」または「無」のいずれかを選択してください。				
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	上記被保険者の名義の口座で記入 ※別の方名義をご希望のときは、別に委任状が必要です。			支所	預金種別	普通当座
口座番号	←左詰めで7桁で記入					
口座名義人(カタカナ)	←ここから左詰めでカタカナで記入					
	濁点(「・」)は1マス使い、苗字と名前の間は1マス空けて記入					

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

移送を受けた方の内容で記入
※委任状を添付した場合も同様です。

申請者	住 所 _____
	氏 名 _____
	電話番号 (_____) _____

※ ゆうちょ銀行を振込先に希望するときの注意点

下記の部分の内容をご記入ください。これに加え、申請にあたっては通帳の下記の部分の写しを添付してください。

ご利用欄	振替口座開設(送金機能) 通常貯金ご利用の上限額 10,000,000円
	キャッシュサービス 代理人カード デビットサービス
銀行使用欄	定額定期貸付け 国債等自動貸付け
	<p>振込用の店名・預金種目・口座番号</p> <p>他の金融機関から振込を受ける際は、こちらの店名・預金種目・口座番号をお振込人さまにお知らせください。(窓口に通帳をお持ちいただいた際に、この部分を記載いたします。)</p> <p>この口座を他金融機関からの振込の受取口座として利用される際は次の内容をご指定ください</p> <p>【店名】一九八 (読み イチキユウハチ)</p> <p>【店番】198 【預金種目】普通預金 【口座番号】0123456</p>

○この通帳のご利用にあたっての注意が裏紙のページに記載してありますので、ご覧ください。
○通帳やカードを万一紛失されたり又は盗難にあったときは、直ちにカード紛失センター (0120-794889) 又はお近くのゆうちょ銀行、郵便局へお届けください。その際には、通帳の記号番号が必要になりますので、あらかじめ別にお控えおきください。
○この通帳をお預けになるときは、引換えに預り証を必ずお渡しいたしますので、お受け取りください。
○通帳は表紙とも16枚です。