

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											
公 費 負 担 番 号									氏 名											
公 費 受 給 者 番 号									生 年 月 日	年 月 日										
診 療 年 月	年		月		入外				療 養 期 間	年 月 日 から										
診 療 日 数			日		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 _____