

## 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

個人番号								
保険者番号	3 9 1 1 2 2 4 8	療 受 養 け を た	被保険者氏名					
被保険者番号			生年月日		年    月    日			

傷病名	
発病又は負傷の年月日	年    月    日
移送経路	
移送方法	
移送年月日	年    月    日
付添人の氏名及び住所	
発病又は負傷の原因	
移送に要した費用の額	円

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( )内に記入して下さい。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先		銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店・支店 ( )					預 金 種 別	普 通 当 座  ( )
口座番号 (左詰めで記入)									
口座名義人 (カタカナ)									

公金受取口座を利用します。  
 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「」にチェック(✓)してください。

口座名義人欄は、カタカナで上段から左詰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字空けてください。

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 へ  
 上記のとおり証拠書類を添えて申請します。

年        月        日

申請者 住 所                      〒                      -

氏 名

電話番号