様式第30号

後期高齢者医療移送費支給申請書

個人番号			
被保険者番号			
移送を受けた 被保険者氏名		生年月日	年　月　日
傷病名		発病又は 負傷の年月日	年　月　日
発病又は 負傷の原因		第三者行為 (交通事故等) の有無	有・無
移送の経路 及び方法		移送年月日	年　月　日
		移送に要した 費用	円
付添人の 氏名及び住所	氏名	住所	

振込先金融機関		預金種別
銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 協同組合	本店 支店 出張所 (　)	普通 当座 貯蓄

口座番号	口座名義人
	フリガナ
	氏名

上記のとおり移送費の申請をします。

年　月　日

申請者　住所

氏名　㊞

(自署の場合は押印不要)

連絡先

（あて先）新潟県後期高齢者医療広域連合長