

## 後期高齢者医療移送費支給申請書

個人番号											
被保険者証番号											
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 当貯 座蓄			
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 \_\_\_\_\_ (印)

(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