

後期高齢者医療移送費支給申請書

被保険者番号		個人番号	
氏名			
疾病名		発病又は 負傷年月日	
疾病の原因			
移送経路			
移送方法		移送年月日	
付添人の氏名			
付添人の住所			
移送に要した 費用			
疾病又は負傷の原因が第三者の行為によるものであるときは、 その事実並びに第三者の氏名及び住所 （氏名や住所がわからないときは、その旨を書いてください。） 住所 氏名			

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には()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	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()	預金種別 ()	普通座 ()
口座番号 <small>左詰記載してください</small>				
口座名義人 <small>(カタカナ)</small>				

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。

上記のとおりに関係書類を添えて後期高齢者医療の移送費の支給を申請します。

令和 年 月 日

(宛先) 石川県後期高齢者医療広域連合長

申請人 住所 _____

氏名 _____

連絡先 _____

※市町確認欄

代理権の確認	身元確認 (本人又は代理人)	番号確認	備考
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> プレ印字書類 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他 ()
1点	2点		