

後 期 高 齢 者 医 療

移 送 費 支 給 申 請 書

保険者番号		被保険者番号		診療年月
被保険者氏名		生年月日	明 大 昭 治 正 和 年 月 日	年 月
傷病名及びその原因	別紙医師又は歯科医師の意見書のとおり		負 担 割 合	割
発病又は負傷の年月日	別紙医師又は歯科医師の意見書のとおり		入院・外来の別	入院 ・ 外来
移送経路、移送方法及び移送年月日		別紙医師又は歯科医師の意見書のとおり		
付添いがあったとき	付添人の氏名			
	住所又は居所			
第三者の行為によるものであるとき	第三者の氏名			
	住所又は居所			

移送に要した費用額	円	移送に要した費用額	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 当 座 ()
口座番号等 <small>左詰記載して下さい</small>				
口座名義人 (カタカナ)				

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。

上記のとおりに移送に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者

住所

氏名

印

連絡先

移送費支給に伴う医師又は歯科医師の意見書

保険者番号		被保険者番号		性別	男・女
被保険者氏名		生年月日	明 大 昭	治 正 和	年 月 日
傷病名 及び その原因			診断年月日	年 月 日	
			移送年月日	年 月 日	
移送方法					
移送経路					
移送を必要と認めた理由					

上記のとおりに移送を必要と認めたことに相違ありません。

平成 年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

医療機関の名称

所在地

医師名

㊞