

市町名	
市町管理番号	
被保険者番号	

後期高齢者医療移送費支給申請書

保険者番号	3 9 2 4	被保険者氏名			
個人番号					
被保険者番号		生年月日	M・T・S 年 月 日	性別	男・女
傷病名及びその原因			発病又は負傷の年月日	年 月 日	
移送方法			移送年月日	年 月 日	
移送経路					
付添いがあったときは、その付添人の氏名及び住所	住所				
	氏名	移送に要した費用の額		円	
第三者行為の事実の有無について	有・無	第三者の氏名	第三者の住所		
	※有の場合は、第三者の氏名及び住所を書いてください。				

医師又は歯科医師の意見書	移送方法		移送年月日	年 月 日	
	移送経路				
	移送を必要と認めた理由(付添いがあったときは、併せてその付添いを必要と認めた理由)				
	上記のとおり、移送を必要と認めます。 診断年月日 年 月 日 医療機関等の所在地 医療機関等の名称 医師又は歯科医師の氏名 印				

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	1. 普通 2. 当座 ()
口座番号等 (右詰に記載)				
フリガナ				
氏名				

上記のとおり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。
 年 月 日
 (あて先) 三重県後期高齢者医療広域連合長
 〒
 申請者 住所 _____ 続柄 _____
 氏名 _____ 印 _____ 電話番号 _____

委任状
 私は、 _____ を代理人と定め、この後期高齢者医療移送費支給申請により受ける後期高齢者医療給付に関する一切の権限を委任します。
 年 月 日
 (あて先) 三重県後期高齢者医療広域連合長
 〒
 被保険者 住所 _____ 氏名 _____ 印 _____

市町確認欄					広域連合確認欄		
受付者	本人確認	個人番号確認	備考	保険料充当	入力日確認	確認	入力・修正
	運転免許証・個人番号カード 住基カード・障害者手帳 保険証・介護保険証 その他 ()	個人番号カード 通知カード その他 ()		有 無	/		



※医師又は歯科医師の意見書(この申請書の医師又は歯科医師の意見書欄に記載のある場合は不要)及び移送に要した費用の額を証する書類を添付してください。
 ※申請者・被保険者本人自署の場合は押印は不要です。