

様式第 2 7 号(第 1 5 条関係)

後 期 高 齢 者 医 療
移 送 費 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

提出者等	☐ 本人	氏名		電話番号	
	☐ 代理人 ()	住所			

保険者番号		個人番号	
被保険者番号		被保険者氏名	
公費負担番号		生年月日	年 月 日
公費受給者番号		区分	入院 ・ 外来
診療年月	年 月	療養期間	年 月 日 から
診療日数	日		年 月 日 まで

傷 病 名	
診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関名又は施術師	
支給申請をした理由	
発病又は負傷の理由	

療 養 に 要 し た 費 用 額		審 査 認 定 額 ※ 1	
一 部 負 担 金		支 給 金 額	

☐ 下記口座への振込を希望します。 ※下記口座情報記載必要			
☐ 給付金等の受取口座として国に登録した「公金受取口座」への振込を希望します。 ※下記口座情報記載不要（マイナポータル等による事前登録が必要です。）			
振込先	銀 行	本店 支店 出張所	普通
	信用金庫		口座番号
	信用組合		(フリガナ)
	協同組合 ()	()	口座名義人

担当医師記入欄	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）		
	移送年月日	年 月 日	移送区間及び経路
	移送方法		移送に要した費用の額 円
	年 月 日 医療機関等名 担当医師名		

上記のとおり療養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 申請者 住 所

福島県後期高齢者医療広域連合長 氏 名

電話番号 () -

受領委任欄	年 月 日 委任者 住 所
	(自署) 氏 名
	私（申請者）は本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。
	受任者 住 所
	(自署) 氏 名

受付欄	個人番号の確認	☐ 個人番号カード・通知カード	☐ その他 ()
	個人番号の本人確認	☐ 個人番号カード	☐ 運転免許証 ☐ その他 ()
	個人番号の代理権確認	☐ 委任状	☐ 被保険者証 ☐ その他 ()