後期高齢者医療療養費(移送費)支給申請書

保険者番号	3 9 0 4	被保険者氏名	
被保険者番号		生年月日	□明治 □大正 □昭和　年　月　日

該当する方に☑をご記入下さい

下記のとおりに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。

平成　　年　　月　　日

宮城県後期高齢者医療広域連合長　様

氏　名　　㊞

連絡先　☎　　―　　―

〒　　―

住　所

添付書類
・領収書 ・医師の意見書 ・通帳の写し

（受付日付印）

● 移送に関すること

移送年月日	平成　年　月		移送方法		
移送経路					
付添人の氏名		付添人の住所		被保険者との関係	
負傷又は疾病の原因	□第三者の行為による □第三者の行為以外	移送に要した費用額	円	支給額	円

● お振込先

・振込先口座は原則として、申請者本人の口座をご指定下さい。
・やむを得ず申請者以外の口座に振込みを希望される場合は、裏面委任状にご記入下さい。

振込先	金融機関コード	□銀行 □信用金庫 □信用組合 □協同組合 □(　) 該当する方に☑をご記入下さい	店舗コード	□本店 □支店 □出張所 □(　) 該当する方に☑をご記入下さい	預金種目：□普通 □当座 □貯蓄 □(　) 該当する方に☑をご記入下さい
口座番号		・口座番号は７桁となります。 ・７桁未満の場合は先頭を０で埋めてください。			
口座名義人(ｶﾀｶﾅ)		・姓と名の間は１マスあけて、左づめで記入して下さい。 ・小文字を含む文字（例：イリョウ）はすべて大文字（例：イリヨウ）として記入して下さい。			

様式 H21.7～	市区町村確認欄	口座	□療養費登録	メモ	

後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 (移送費)支 給 申 請 書（裏面）

委任状														
本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。				委任日	平成			年			月			日
代理人	住所	〒　　―												
	氏名	㊞												
	申請者との関係		連絡先	☎　　―　　―										
申請者	住所	〒　　―												
	氏名	㊞												