

【記入例】 移送費

後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 等 支 給 申 請 書																	
受付日 決定日		年		月		日											
保険者番号		1		2		3		4		5		6		7		8	
被保険者番号		1		2		3		4		5		6		7		8	
公費負担者番号																	
公費受給者番号																	
診療年月		令和 6 年		8 月													
診療日数		0		1		日											
療養期間		令和 6 年		8 月		5 日		から		令和 6 年		8 月		5 日		まで	
種 類		移 送 費															
傷 病 名		転落による臓器損傷															
診療を受けた医療機関等の所在地		大阪府〇〇市△△●丁目●番●号 (←病院の住所)															
診療を受けた医療機関名又は施術師		〇〇整形外科 (←病院のお名前)															
支給申請をした理由		1:負担区分誤り 2:装具装着 3:その他(急病等) 離島での負傷により緊急処置が必要だったため															
発病又は負傷の理由		1:第三者行為(交通事故等) 2:自損事故・疾病等 3:業務上の事故 4:その他()															
療養に要した費用額		3		2		0		0		0		0		0		食 事 回 数	
審査認定額																療養に要した費用額	
一部負担金																食事標準負担額	
支給金額		3		2		0		0		0		0		0			
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		〇〇〇〇		銀行		信用金庫		△△		本店		支店		預金種別		普通当座	
口座番号等 左記記載して下さい		1		2		3		4		5		6		7			
口座名義人 (カタカナ)		コ		ウ		イ		キ		タ		ロ		ウ			
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。																	
大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛 令和 6 年 9 月 2 日																	
申請者(被保険者又は相続人代表)																	
郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇 住 所 大阪府〇〇市△△●丁目●番●号																	
氏 名 広 域 太 郎 連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇																	
委任状欄		年 月 日 (口座名義人) 上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を.....に委任します。 委任者 住 所..... (申請者) 氏 名..... (申請者が手書きしない場合は、記名押印してください)															

入院 : 入
外来 : 外

移送費の場合は
10割給付(自己負担無し)
となります。

治療を受けた傷病名
(正式な名称でなくて可)

移送を必要とした経緯など
をご記入ください。

※緊急性など、支給要件を満たさない
場合は保険給付を受けられません。

領収書の金額

自己負担(割合)はゼロ

保険給付を申請する金額
※移送費の場合は費用全額

※経路や手段などは、その状況に応じ
た最も経済的な内容で算定した額
の範囲内での給付となります。

申請者氏名は
被保険者のお名前

※被保険者が亡くなられている場合は
相続人代表のお名前を記入して
ください。
その場合は、別途「誓約書」が必要
となりますので、提出先市区町村に
ご相談ください。

委任状欄は、
申請者と異なる名義の口座
を記入した場合に記入。
※申請者が手書きしない場合は、
押印が必要です。