

【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 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
被保険者番号	被保険者氏名	広城 太郎
公費負担者番号	生年月日	昭和 10 年 12 月 3 日
公費受給者番号	入外	外 or 入 割合 10 割
診療年月	令和 6 年 8 月	療養期間
診療日数	0 1 日	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	転倒による臓器損傷
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	食事回数	
審査認定額		療養に要した費用額	
一部負担金	0	食事標準負担額	
支給金額	3 2 0 0 0		

下記「ア」「イ」のどちらかに○をつけ、必要事項を記入してください。
※「ア」と「イ」両方に記入されている場合は、「イ」に記入されている口座を振込先口座として登録します。

ア	公金受取口座を振込先に指定します。	※被保険者本人が受け取る場合に限り指定できます。 ※マイナポータル等で登録されている方に限り指定できます。
イ	以下の口座を振込先に指定します。	※「ア 公金受取口座」を選択された場合は記入不要です。 ※申請者以外の口座名義の場合は、委任状欄も記入してください。

振込先	金融機関名	〇〇〇〇	銀行	店名	△△	本店・支店	預金種別	普通
口座番号	1 2 3 4 5 6 7	網掛け部は記入不要です。		該当するものに○をつけてください。				
口座名義(カタカナ)	コウイキ タロウ							

口座名義人は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。

令和 6 年 9 月 2 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛
申請者(被保険者または相続人代表者)

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 広城 太郎 連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

下記委任状欄を記入する機会、申請者が手書きまたは記名押印してください。

委任状欄	上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。	委任者(申請者)	(記入日)
	受任者(口座名義人)	住所: 同上	年 月 日
	住所	氏名	
	氏名	申請者が手書きまた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)

移送費の申請を必要とした
(救急車を利用できなかった)理由
を簡単にご記入ください。

※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。

アの公金受取口座とは、
マイナポータル等を通じて、
給付金等の受取りのため
事前に登録されている口座です。
・受取人が被保険者ご本人で、
・事前に登録済み
の場合のみアを選択できます。

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。

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。

ア・イのどちらかに○をつけ、
イを選んだ場合は
口座情報を記入

申請者氏名は
被保険者のお名前

※被保険者が亡くなっている場合は
相続人代表者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。