様式第３４号（第２０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

個人番号																
保険者番号									療養を受けた	被保険者氏名						
被保険者番号										生年月日	年　　月　　日					

傷病名	
発病又は負傷の年月日	年　　月　　日
移送経路	
移送方法	
移送年月日	年　　月　　日
付添人の氏名及び住所	
発病又は負傷の原因	
移送に要した費用の額	円

該当するものに〇を付けてください。該当するものがない場合は（　）内に記入してください。
網掛けの中は記入不要です。

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	普通 当座 （　　）					
口座番号 (左詰めで記入)																						
口座名義人 (カタカナ)																						

☐　公金受取口座を利用します。

※　給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「☐」にチェック（✔）してください。

口座名義人欄は、カタカナで上段から左詰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字空けてください。

埼玉県後期高齢者医療広域連合長　あて

上記のとおりに証拠書類を添えて申請します。

年　　月　　日

申請者　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿