

老人保健移送費支給申請書

受給者番号		受給者氏名		男・女
住所	平田村大字	生年月日	明・大・昭	年 月 日
保険者名	名称	保険者番号		
	所在地	保険記号番号	記号	番号
傷病名及び原因		発病又は 負傷年月日		年 月 日
移送区間及び 移送方法				
付添人		付添人住所		
移送に要した 費用		円	移送年月日	年 月 日
希望振込先	金融機関名	銀行・信金・信組 労金・農協		本店 支店
	預金の種類	1.普通 2.当座	口座番号	名義人 氏名

上記のとおり移送に要した費用に関する別紙必要書類を添えて申請します。
 振込先の口座名義人が申請者と異なる場合には、上記口座名義人を代理人とし、上記指定口座への振込をもって支払金の受領と認めます。

平成 年 月 日

住所 平田村大字 字

(申請者)

氏名 印

平田村長様

移送費に関する医師の意見書

被保険者証 記号番号		移送を受け た者の氏名		性別	男・女
住 所	平田村大字	生年月日	年 月 日		
傷病名及び その原因		発病又は 負傷年月日	年 月 日		
移送年月日	年 月 日	移送方法			
移送経路					
移送を必要と認めた理由（付添いがあったときは、併せて付添いの必要と認めた理由）					

上記のとおり移送を必要と認めたことに相違ありません。

平成 年 月 日

医療機関の名称 _____

所在地 _____

医師名 _____ 印