

特定B型肝炎ウイルス感染者定期検査費等受給者証交付請求書

フリガナ				昭和 平成 令和	年	月	日
氏名 (感染された方)				男・女	生年月日 及び年齢		
フリガナ							
請求者 住所及び 電話番号	(〒 -) 都・道 府・県 電話番号 ()						
加入医療保険	被保険者氏名				請求者との続柄		
	保険種別	※該当するものに○をつけてください。 1. 協会 2. 組合 3. 船員 4. 共済 5. 国保 6. 後期高齢者 7. 自衛官 8. 生活保護 9. その他()					
	保険者番号 (右詰め)	※6桁または8桁の番号になります。			被保険者証の 記号・番号		
和解等成立年月日	年 月 日			裁判所名	裁判所		
事件番号	年 () 第 号			原告番号			
振込先	金融機関名 ・支店名	銀行 信用金庫 信用組合			労金 農協 漁協	支店 本店 出張所	
	フリガナ				預金種目	普通・当座・貯蓄 ※該当するものに○をつけてください。	
	口座名義				口座番号 (右詰め)		
<p>特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法(平成23年法律第126号)に基づき、特定B型肝炎ウイルス感染者定期検査費等受給者証の交付を請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>請求者氏名</p> <p>社会保険診療報酬支払基金理事長 殿</p>							