

住所・氏名・加入医療保険・振込先変更届(特定無症候性持続感染者)

太枠内は必ずご記入ください。

受給者番号								届出日	令和	年	月	日	
フリガナ								男・女	生年月日	昭和	年	月	日
届出者氏名										平成			

※ 本様式が、月末までに社会保険診療報酬支払基金 給付金支給管理部へ到着しますと、翌月からの変更となります。

1. 次の(1)から(5)の中で、変更があったものに○を付けてください。

- (1) 氏名
- (2) 住所
- (3) 電話番号
- (4) 加入医療保険
- (5) 振込先

2. 以下の事項のうち、変更があった事項のみ、ご記入ください。

(1) 氏名 (変更前・変更後とも記入願います)

※ 必要書類: 氏名変更の事実がわかる書類(全部事項証明書等)
特定B型肝炎ウイルス感染者定期検査費等受給者証
※ 受給者証は、本様式が当部へ到着した翌月に交付いたします。

変更前		変更後	
フリガナ		フリガナ	
氏名		氏名	

(2) 住所(変更後を記入願います)

※ 必要書類: 住民票(マイナンバーなし、過去6ヶ月以内に発行)
特定B型肝炎ウイルス感染者定期検査費等受給者証
※ 受給者証は、本様式が当部へ到着した翌月に交付いたします。

フリガナ	
住所	(〒 _____) 都 道 府 県

(3) 電話番号(変更後を記入願います)

※ 必要書類: なし
※ 日中ご本人と連絡が取れる電話番号の記載をお願いします。

電話番号	
------	--

(4) 加入医療保険(変更後を記入願います)

※ 必要書類: 変更後の医療保険証のコピー

被保険者氏名		請求者との続柄	
保険種別	※該当するものに○を付けてください。 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	

(5) 振込先 (変更後を記入願います)

※ 必要書類: 変更後の通帳又はキャッシュカードのコピー
※ 本様式が当部へ到着した翌月の支給から新口座に変更となります。
※ 手続きの間は、現在の口座を解約しないようご協力をお願いします。

金融機関名 ・支店名	銀行 労金 本店 信用金庫 農協 支店 信用組合 漁協 出張所
フリガナ	預金種目 (該当するものに○) 普通・当座・貯蓄
口座名義	口座番号 (右詰め)