（様式第１３号）

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 平成　　年　　月　　日 令和
届出者氏名				

※本様式が、社会保険診療報酬支払基金 事業資金管理部 給付金企画管理課へ到着後、2週間程度で変更となります。

1. 次の (1) から (5) の中で、変更があったものに〇を付けてください。

(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、本様式が当課へ到着後、2週間程度で交付いたします。

変更前	
フリガナ	
氏　名	

変更後	
フリガナ	
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、本様式が当課へ到着後、2週間程度で交付いたします。

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）

被保険者氏名		請求者との続柄	
保険種別	※該当するものに〇を付けてください。 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。	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
※ 本様式が当課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 （該当するものに〇）	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄
口 座 名 義		口座番号 （右詰め）	