

### 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	昭和			
届出者氏名										生年月日	平成	年	月	日
											令和			

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 に変更がありましたので、届け出ます。

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

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

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にご協力願います。

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

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)	