≪ 記入例及び記入上の注意 ≫

（様式第2号）

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	キキン　タロウ				
氏　名（感染された方）	基金　太郎	男・女	生年月日及び年齢	昭和・平成・令和　○○ 年 ○○ 月 ○○ 日　満　○○ 歳	
フリガナ	トウキョウト ミナトクニシシンバシ				
請求者住所及び電話番号	（〒 ○○○ － ○○○○ ） 東京　都・道・府・県　港区西新橋○-○-○ 電話番号　○○　（ ○○○○ ）○○○○				
加入医療保険	被保険者氏名	基金　太郎	請求者との続柄	本人	
	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。 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	記号・番号	○○／○○○○○	
和解等成立年月日	令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		裁判所名	○○地方　裁判所	
事件番号	平成○○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　○○　本店・支店・出張所			
	フリガナ	キキン　タロウ	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	基金　太郎	口座番号（右詰め）	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	

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。

令和○○ 年○○月○○日

請求者氏名　基金　太郎

社会保険診療報酬支払基金理事長　殿

請求書提出日現在の年齢をご記入ください。

記載事項や交付した受給者証等について、問い合わせすることがありますので、連絡可能な番号（携帯電話も可）をご記入ください。

【加入医療保険欄の注意点】を参照の上ご記入ください。

和解調書等からご記入ください。

定期検査手当（1回15,000円）の振込先をご記入ください。口座名義は受給者ご本人の名義としてください。

預金種目の○漏れにご注意ください。

請求書の提出年月日をご記入ください。

受給者ご本人の氏名をご記入ください。

【加入医療保険欄の注意点】

※ マイナポータル（健康保険証）、資格確認書及び資格情報通知書等に記載されている被保険者氏名、保険者番号、記号及び番号を正しくご記入してください。

※ 保険種別が国民健康保険の場合、被保険者氏名はご本人の氏名となります。

「保険種別」については、以下のとおり保険者番号の上2桁で区別できます。

- 協会：全国健康保険協会(協会けんぽ)・・・01から始まる8桁の番号
- 組合：健康保険組合 ・・・・・・・・・・・・・・・・・06または63から始まる8桁の番号
- 船員：船員保険 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・02から始まる8桁の番号
- 共済：共済組合 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・31～34から始まる8桁の番号
- 国保：国民健康保険 ・・・・・・・・・・・・・・・・・6桁の番号または00、67から始まる8桁の番号
- 後期高齢者：後期高齢者医療 ・・・・・・・・・39から始まる8桁の番号
- 自衛官：自衛官診療証・・・・・・・・・・・・・・・・07から始まる8桁の番号
- 生活保護：生活保護による医療扶助・・・・12から始まる8桁の番号（公費負担者番号）