

≪ 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			生年月日 及び年齢	昭和 平成 令和	〇〇年〇〇月〇〇日		
氏名 (感染された方)	基金 太郎		(男)・女			満 〇〇 歳		
フリガナ	トウキョウト ミナトク シンバシ							
請求者 住所及び 電話番号	(〒〇〇〇 - 〇〇〇〇) 東京 (都) 港区新橋〇-〇-〇 電話番号 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇							
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。		被保険者証の 記号・番号	〇〇/〇〇〇〇〇			
和解等成立年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		裁判所名	〇〇地方 裁判所				
事件番号	平成〇〇年(〇) 第 〇〇〇 号		原告番号	〇〇				
振込先	金融機関名 ・支店名	〇〇		銀行 信用金庫 信用組合	〇〇			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			
	口座名義	基金 太郎		口座番号 (右詰め)	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
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。								
		令和〇〇年〇〇月〇〇日						
		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。

被保険者証の内容をご記入ください。

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】

- ※ 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。
- ※ 「加入医療保険」欄の記入について、不明な点があれば保険証のコピーを添付してください。

「保険種別」について

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)
他	上記以外