

「加入医療保険」に変更があった場合

《 記入例及び記入上の注意 》

(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 | キュウフ ハナコ | 性別 | 男・女 |
| 届出者氏名 | 給付 花子 | 生年月日 | 昭和 ○ ○ 年 ○ 月 ○ 日 平成 ○ ○ 年 ○ 月 ○ 日 令和 |

特定B型肝炎ウイルス感染者定期検査費等受給者証に記載された受給者番号をご記入ください。

変更届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。

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 | | 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

| | |
|------|--------|
| 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 | 給付 太郎 | 請求者との続柄 | 夫 |
| 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) | 0 1 1 3 ○ ○ ○ ○ | 被保険者証の記号・番号 | 記号 ○○○○ 番号 ○○○○○○ |

【保険種別の見分け方】

| 桁数 | 保険者番号 | | 保険種別 |
|----|-------|--|----------|
| | 上2桁 | | |
| 6桁 | 01~47 | | 5. 国保 |
| | 00 | | 5. 国保 |
| | 01 | | 1. 協会 |
| | 02 | | 3. 船員 |
| | 06 | | 2. 組合 |
| | 07 | | 7. 自衛官 |
| 8桁 | 31~34 | | 4. 共済 |
| | 39 | | 6. 後期高齢者 |
| | 63 | | 2. 組合 |
| | 67 | | 5. 国保 |

(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 労働 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) |

※ ご不明な点がございましたら、給付金等支給相談窓口(0120-918-027)までお問い合わせください。