≪ 記入例及び記入上の注意 ≫

(様式第14号)

特定B型肝炎ウイルス感染者定期検査費等受給者証等再交付申請書

公費負担医療 \circ 0 0 0 0 0 0 の受給者番号 赍 キキン タロウ フリガナ 給 昭和) 生年 (男)女 平成 ○○年 ○月 ○日 月日 基金 太郎 氏名 令和 再 ◎ 再交付を申請するものに○を付けてください 交付 (1) 受給者証及び受診票 を 申 請 2. 受給者証のみ する ŧ 3. 受診票のみ の ◎ 該当する申請理由に○を付けてください (1) 紛失したため 申 請 2. 破損又は汚損したため 理 由 3. その他(理由を記入してください。) 上記のとおり特定B型肝炎ウイルス感染者定期検査費等受給者証等の再交付を申請します。 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ←─ (7 105 - 0003)住 所 東京都港区西新橋2-8-11 基金 太郎 氏 名

受給者番号がわからない 場合は、欄外に「不明」とご記 入ください。

【必要な提出書類】 申請者本人の確認が できる書類の写し(住 民票(マイナンバーな し)、免許証等)

再交付申請書の提出年月日 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。

- ※ 受給者証を破損又は汚損した場合、本申請書に当該受給者証を添えて提出してください。
- ※ 受給者証を紛失した場合、その受給者証を発見したときは、速やかに返還してください。

社会保険診療報酬支払基金理事長 殿

※ 本申請書が、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週間程度で再交付いたします。

※ 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。

電話番号(0120 - 918 - 027)