

《 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

受給者	公費負担医療の受給者番号	○	○	○	○	○	○	○	←
	フリガナ	キキン タロウ		男/女	生年月日	昭和	○	○	○
氏名	基金 太郎		平成			○	○	○	日
再交付を申請するもの	◎ 再交付を申請するものに○を付けてください ① 受給者証及び受診票 2. 受給者証のみ 3. 受診票のみ								
申請理由	◎ 該当する申請理由に○を付けてください ① 紛失したため 2. 破損又は汚損したため 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 ← 住所 (〒 105 - 0004 ) 東京都港区新橋2-1-1 氏名 基金 太郎 ← 電話番号( 0120 - 918 - 027 ) 社会保険診療報酬支払基金理事長 殿									

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  
(免許証、保険証等)

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。

※ 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。