

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			男 ・ 女	生年月日 及び年齢	昭和 平成 令和	年	月	日
氏 名 (感染された方)							満	歳
フリガナ								
請 求 者 住所及び 電話番号	(〒) 都・道 府・県 電話番号 ()							
加入医療保険	被保険者氏名				請求者との続柄			
	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	年 月 日			裁判所名	裁判所			
事件番号	年 () 第 号			原告番号				
振込先	金融機関名 ・支店名	銀行 労金 支店 信用金庫 農協 本店 信用組合 漁協 出張所						
	フリガナ				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				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								
医療情報基盤・診療報酬審査支払機構理事長 殿								