

			番 号	※DX審査支払機構使用欄			
フリガナ		男 ・ 女	生年月日 及び年齢	昭和 年 月 日 平成 満 歳 令和			
氏 名 (感染された方)							
フリガナ							
請 求 者 住所及び 電話番号	(〒 -)						
	都・道 府・県 電話番号 ()						
代理人に 関する事項	※ 代理人を指定する場合には太枠内を記載してください。						
	代理人への 委任事項	1 医療情報基盤・診療報酬審査支払機構への書類の送付、受付及び問い合わせ等に関する件 2 定期検査費等の受取に関する件 3 その他 () ※ 該当するものに○をつけてください。(複数選択可)					
	フリガナ	(〒 -)					
	代理人住所 及び電話番号	都・道 府・県 電話番号 ()					
	フリガナ			請求者 との関係			
代理人氏名							
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 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	普通 ・ 当座 ※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)			
通知書の 送付方法	DX審査支払機構から送付する通知書について、希望の送付形態に○をつけてください。 [1 普通郵便 ・ 2 簡易書留]						
別紙のとおり定期検査等を受けたため、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、定期検査費等の支給を請求します。 (代理人を指定するときは)併せて、代理人を指定し、委任事項記載欄の事項を委任するとともに、代理人の行為により生じた問題について医療情報基盤・診療報酬審査支払機構は一切その責任を負う必要のないことを確認します。 また、代理人は請求者から委任を受けたことに同意します。 令和 年 月 日 請求金額 円 請求者氏名 (内訳については別紙の通り) 代理人氏名 (代理人を指定したとき) 医療情報基盤・診療報酬審査支払機構理事長 殿							