（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		男 ・ 女	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和
届出者氏名				

※本様式が、給付金等支給相談窓口へ到着後、2週間程度で変更となります。

1. 次の (1) から (5) の中で、変更があったものに〇を付けてください。

(1) 氏名　(2) 住所　(3) 電話番号　(4) 加入医療保険　(5) 振込先

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
※ 受給者証は、本様式が当窓口へ到着後、2週間程度で交付いたします。

変更前	
フリガナ	
氏　名	

変更後	
フリガナ	
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
※ 受給者証は、本様式が当窓口へ到着後、2週間程度で交付いたします。

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をお願いします。

電話番号	

(4) 加入医療保険（変更後を記入願います）

被保険者氏名		請求者との続柄	
保険種別	※該当するものに〇を付けてください。 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）	※6桁または8桁の番号になります。	記号・番号	

(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
※ 本様式が当窓口へ到着した翌月の支給から新口座に変更となります。
※ 手続きの間は、現在の口座を解約しないようご協力をお願いします。

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 （該当するものに〇）	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄
口 座 名 義		口座番号 （右詰め）	