

＜ 記入例及び記入上の注意 ＞

(様式第2号)

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	キコウ タロウ		男・女	生年月日 及び年齢	昭和	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	
氏名 (感染された方)	機構 太郎				平成	令和	満	〇〇	歳			
フリガナ	トウキョウト コウトウクトヨス											
請求者 住所及び 電話番号	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 東京 都・道 府・県 江東区豊洲 〇-〇-〇 電話番号 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇											
加入医療保険	被保険者氏名	機構 太郎			請求者との続柄		本人					
	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. 自衛官診療証 8. 生活保護 9. その他()										
	保険者番号 (右詰め)	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇			被保険者証の 記号・番号	〇〇/〇〇〇〇〇						
和解等成立年月日	令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			裁判所名	〇〇地方 裁判所							
事件番号	平成〇〇 年 (〇) 第 〇〇〇 号			原告番号	〇〇							
振込先	金融機関名・支店名	〇〇 銀行 〇〇 本店 〇〇 支店 〇〇 出張所			振込先	〇〇						
	フリガナ	キコウ タロウ			預金種目	普通・当座・貯蓄						
	口座名義	機構 太郎			口座番号 (右詰め)	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇						
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。 令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 請求者氏名 機構 太郎 医療情報基盤・診療報酬審査支払機構理事長 殿												

請求書提出日現在の年齢をご記入ください。

記載事項や交付した受給者証等について、問い合わせることがありますので、連絡可能な番号(携帯電話も可)をご記入ください。

【加入医療保険欄の注意点】を参照の上ご記入ください。

和解調書等からご記入ください。

定期検査手当(1回15,000円)の振込先をご記入ください。口座名義は受給者ご本人の名義としてください。

預金種目の○漏れにご注意ください。

請求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。

【加入医療保険欄の注意点】

※ マイナポータル(健康保険証)、資格確認書及び資格情報通知書等に記載されている被保険者氏名、保険者番号、記号及び番号を正しくご記入ください。

※ 保険種別が国民健康保険の場合、被保険者氏名はご本人の氏名となります。

「保険種別」については、以下のとおり保険者番号の上2桁で区別できます。

協会：全国健康保険協会(協会けんぽ)・・・01から始まる8桁の番号
組合：健康保険組合・・・06または63から始まる8桁の番号
船員：船員保険・・・02から始まる8桁の番号
共済：共済組合・・・31～34から始まる8桁の番号
国保：国民健康保険・・・6桁の番号または67から始まる8桁の番号
後期高齢者：後期高齢者医療・・・39から始まる8桁の番号
自衛官：自衛官診療証・・・07から始まる8桁の番号
生活保護：生活保護による医療扶助・・・12から始まる8桁の番号(公費負担者番号)