

感染症患者医療費公費負担申請書

令和 年 月 日

大分県知事 広瀬 勝貞 殿

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律

{ 第37条 } の規定により医療費公費負担 { 初回・継続 } を申請します。
 { 第37条の2 } { 再 }

申請者の氏名

申請者の住所

申請者の個人番号※

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

患者との関係()

電話番号(- -)

ふりがな		性別	生年月日
患者氏名		男・女	T・S・H・R 年 月 日 (歳)
住所	電話(- -)		
個人番号※			
被保険者等の別	健康保険(本人・家族) 国民健康保険(一般・退職本人・退職家族) 生活保護(保護受給中・保護申請中) その他()		
高齢者の医療の確保に関する法律による医療の受給資格	有・無	年 月から	

申請に必要な添付書類

- 1 医師の診断書
 - 2 エックス線写真等 (X線 枚、CT 枚、その他)
 - 3 37条初回時公費負担申請者のみ
 - ・患者の世帯全員の住民票
 - ・患者の世帯全員の所得税納税証明書等
- ※個人番号は、保健所の職員が確認する