

(表)

医療費公費負担申請書

年 月 日

足立区足立保健所長

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（以下「法」という。）第37条第1項(第7条第1項の規定に基づく政令によって準用される場合及び第8条各項の規定に基づく政令によって適用される場合、第53条第1項の規定に基づく政令によって適用される場合を含む。)の規定により医療費の公費負担を申請します。

申請者氏名

患者との関係

申請者個人番号

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

(申請者が患者本人である場合は、下記の「患者の個人番号」欄へ記入)

申請者住所

患者氏名		生年月日		年	月	日
住所						
保険者等の種別	社保(本人・家族)		国保(一般・退職本人・退職家族)		後期高齢	
	生保(保護受給中・保護申請中)		その他()			
入院勧告等を受けた日	年	月	日			
個人番号						

- (注1) 法第37条の2に規定する結核に係る一般医療費公費負担申請については、第12号様式を使用すること。
- (注2) 患者の配偶者及び民法第877条第1項に規定する扶養義務者の個人番号は(裏)に記載し、書ききれない場合は別葉によること。

