

医療費公費負担申請書

年 月 日

あて

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。

申請者の氏名
(自署又は記名押印)

患者との関係

申請者の住所

申請者の個人番号

患者氏名		性別		生年月日	年 月 日
住 所					
個人番号					
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				

(注) 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13号様式を使用すること。