

感染症患者医療費公費負担申請書

令和____年____月____日

島根県知事様

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を申請します。

申請者の氏名 _____
 申請者の住所 _____
 申請者の個人番号 _____
 申請者の電話番号 _____
 患者との関係 (*1) _____

(フリガナ) 患者の氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住 所					
個人番号					
保 険 者 等 の 種 別	健保 (本人・家族)		国保 (一般・退職本人・退職家族)		
	生保 (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 による医療への受給資格	有・無		年 月から		
					保健所受付印

(備考)

*1 申請者が患者本人である場合 (「患者との関係」が本人となる場合) には、「申請者の氏名」、「申請者の住所」及び「申請者の個人番号」の項目は、記載を要しません。