

感染症患者療養費支給申請書

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 42 条の規定により入院療養費支給を申請します。

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		
【療養費支給に関する申請者同意欄】 <input type="checkbox"/> 本件入院について、患者の自己負担分を医療機関が代わって都道府県等に請求することで、患者が医療機関の窓口で費用を負担する必要がなくなります。 (*2) ※ <u>医療機関が代わって請求することに同意いただける場合には、<input type="checkbox"/>にチェックをしてください</u>					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。
- * 2 入院時にかかった医療費は、感染症法では、①医療機関で一旦お支払いいただき、②後日、都道府県等に請求し、同額の支給を受けていただくことになっています。ただし、同意がある場合は、この手続きを省略し、医療機関での支払額（①）と後日受けられる支給額（②）を相殺することで、医療機関で費用をお支払いいただく必要がなくなります。