

(様式7)

受付日	年 月 日	受付番号	37
			37の2

年 月 日

感染症患者医療費公費負担申請書

- 熊本県_____保健所長 様
- 熊本市保健所長 様

次のとおり申請します。

【申請区別】

- 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条に規定する同法第19条若しくは第20条又は第46条の規定による入院患者の医療費公費負担申請
- 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2の規定による医療費公費負担申請

【本申請にかかる医療開始日】 _____年____月____日

申請者氏名 _____ 患者との関係 _____
〒
 申請者住所 _____
 個人番号 _____
 電 話 () _____

フリガナ		性別		生年月日	年 月 日
患者氏名		男・女			(歳)
住 所				電 話	() _____
個人番号					
保 険 種 類	1 健保本人 2 健保家族 3 国保一般 4 国保退職本人 5 国保退職家族 6 後期高齢者医療 7 生保(受給中) 8 生保(申請中) 9 自費・その他() 10 不明				

※申請先は該当する□に印及び県保健所の場合は下線部分に保健所名を、申請区別には該当する申請の□に印を記してください。

【患者又はその保護者が署名】
 熊本県・熊本市が個人番号を利用して、住所地の関係機関から本申請に必要な地方税関係情報の提供を受けることに同意します。

署名 _____

