（様式７）

受付日	年　月　日	受付番号	37	
			37の2	

令和　元年　５　月　１　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

保健所に申請する年月日を記入してください。
※保健所受理日からが公費対象となります（診査会で承認された場合）
記入日からではありませんのでご注意ください。

次のとおり申請します。

【申請区別】　**対象の項目にチェックを入れてください。**

☐ 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】　令和　元 年 5 月 1 日

継続申請の場合、医療開始日は
患者票の期限切れ翌日としてください。

申請者氏名　熊本　太郎　　患者との関係　本人
申請者住所　〒 862－0971
熊本市中央区大江5丁目1－1
個 人 番 号　記入不要（必要な方のみ保健所からお尋ねします）
電　　話　（ 096 ） 364 － 3189

フ リ ガ ナ	クマモト　タロウ	性　別	生年月日	平成 2 年 5 月 30日	
患 者 氏 名	熊本　太郎	男・女		（ 28 歳）	
住　　所	〒862－0971 熊本市中央区大江5丁目1－1		電 話	（０９６）３６４－３１８９	
個 人 番 号	記入不要（必要な方のみ保健所からお尋ねします）				
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 7 生保（受給中）　8 生保（申請中）　9 自費・その他（　　）　10 不明				

共済組合の場合
１ 健保本人
２ 健保家族
どちらかに〇をしてください。

※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

【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　熊本　太郎

※ 医療機関の方へ

1）　申請する場合は、最近に撮影されたX線写真（3ヶ月以内）、CTがあればなるべく一緒に添えて申請してください。
2）　継続申請される場合は、患者票の有効期限2週間前までに再申請してください。
3）　治療薬剤が変更になる場合や承認された治療薬以外を追加治療を行う場合は、改めて申請が必要です。
4）　転入などで申請先の自治体が変わる場合は、転入先の管轄保健所に改めて申請することが必要です。
5）　医療機関が変更になる場合は、患者票等記載事項変更届の提出が必要です。
6）　患者またはそのご家族に説明のうえ、医療機関が代理で申請できます。