

感染症患者医療費公費負担申請書

令和 年 月 日

熊本市長 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

患者との関係

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 ）		
	後期高齢者医療		生保（保護受給中・保護申請中）		
	自費、その他（ ）				