第13号様式（第14条関係）

（表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療費公費負担申請書  年　　月　　日  　　　　　　　　　　殿  　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（以下「法」という。）第  37条第１項の規定により医療費の公費負担を申請します。  申請者氏名    患者との関係 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者個人番号 | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| （申請者が患者本人である場合は、下記の「患者の個人番号」欄へ記入）    申請者住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者氏名 |  | 性別 | | | | |  | | | | | 生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者等の種別 | 社保（本人・家族）　　　　　　　国保　　　　　　　後期高齢 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生保（保護受給中・保護申請中）　その他（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院勧告等を受けた日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の個人番号 | | |  | |  | | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |
| （注１）　法第37条の２に規定する結核に係る一般医療費公費負担申請については、第  13号様式の３を使用すること。  （注２）　患者の配偶者及び民法第877条第１項に規定する扶養義務者の個人番号は（裏）に記載し、書ききれない場合は別葉によること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（裏）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 患者との関係 | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |