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 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |