

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)

[illegible]