

感染症患者医療費公費負担申請書

令和 年 月 日

四日市市保健所長 あて

申請者の氏名										
住所										
患者との関係	本人・続柄()									
個人番号 (患者本人以外)										
電話番号	()									

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条及び第37条の2の規定により医療費公費負担を申請します。

患者	フリガナ氏名	_____										
	住所								電話番号	市外局番 _____ ()		
	生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日 (歳)			性別	男・女					
	患者職業											
	個人番号											
保険の種類	健保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 後期高齢者医療制度 生保(保護受給中・保護申請中) その他()											
添付X線写真の枚数 <small>※結核患者の申請時に記入ください</small>	枚(内 断層 CT MRI 枚)											

【備考】

(確認者)	(番号)
番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票(番号付) <input type="checkbox"/> その他() 本人確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> その他()	