

医療費公費負担申請書

年 月 日

世田谷区長 あて

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
(自署又は記名押印)

患者との関係

申請者の個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(申請者が患者本人である場合は、下の「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 (一般・退職本人・退職家族)	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																			
<p>(注1) 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9号の2様式を使用すること。</p> <p>(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紙によること。</p>																			

