

(表)

| 医療費公費負担申請書   |  |    |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|----|---|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |    |   | 年 月 日         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 殿  |  |    |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>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。</p>  |  |    |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>申請者氏名<br/>(自署または記名押印)</p> <hr/>   |  |    |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>患者との関係</p> <hr/>  |  |    |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>申請者個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table></p> <p>(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)</p> <hr/> |  |    |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |    |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>申請者住所</p> <hr/>   |  |    |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 患者氏名   |  | 性別 |   | 生年月日<br>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  | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> |    |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |    |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (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13号様式の3を使用すること。   |  |    |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (注2) 患者の配偶者および民法第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。  |  |    |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

