

感染症患者医療費公費負担申請書

平成 年 月 日

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
 定により医療費公費負担を申請します。

〔 第37条
 第37条の2 〕の規

申請者の氏名 _____

申請者の住所 _____

患者との関係 _____

患者の氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住 所					
保 険 者 等 の 種 別	健保（本人・家族） 国保（一般・退職本人・退職家族）				
	生保（保護受給中・保護申請中） その他（ ）				
高齢者の医療の確保に関する法律 による医療の受給資格	有 ・ 無		年 月から		
1 診断書（裏面）の提出をお願いします。 2 診査に要するエックス線検査及びCT検査等の検査データの添付をお願いします					
今回の申請にあたり、下記の理由により自己負担額が2万円となることに同意します。 つきましては、所得税額の証明書類等の提出を省略します。					
1 世帯の所得税額が147万円を超えるため 2 その他（ ） （どちらかに ）					
氏名（自署）					