

感染症患者医療費公費負担申請書

令和 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第37条の規定により
医療費公費負担を申請します。

申請者の氏名

申請者の住所

患者との関係

電話番号

フリガナ					
患者の氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住 所					
保 険 者 等	健保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族)				
の 種 別	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	

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