

(表)

<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">医療費公費負担申請書</p> <p style="text-align: right; margin: 5px 0 0 0;">年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin: 10px 0 0 0;">殿</p> <p style="margin: 10px 0 0 0;">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 style="margin: 10px 0 0 40px;">申請者氏名 (自署又は記名押印)</p> <hr style="width: 80%; margin: 5px auto;"/> <p style="margin: 10px 0 0 40px;">患者との関係</p> <hr style="width: 80%; margin: 5px auto;"/> <p style="margin: 10px 0 0 40px;">申請者個人番号 </p> <p style="margin: 5px 0 0 40px; font-size: 0.8em;">(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 style="width: 80%; margin: 5px auto;"/> <p style="margin: 10px 0 0 40px;">申請者住所</p> <hr style="width: 80%; margin: 5px auto;"/>					
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13号様式の3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葉によること。</p>					

