様式4-3-9（第37条の2関係）

感染症患者医療費公費負担申請書

　　　年　　月　　日

福島市保健所長　様

申請者の氏名　　　　　　　　　　　印

申請者の住所

申請者の個人番号

患者との関係

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の規定により医療費公費負担を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者の氏名 | |  | | 性別 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 患者の住所 | |  | | | | | | |
| 個人番号 | |  | | | | | | |
|  | | 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 | | |
| 受付書類 | １　被保険資格を証するもの  ２　診断書  ３　レントゲンフィルム(CT撮影をした場合はCTも添付) | | | | | | | |

本人確認　１種類　□個人番号カード　□運転免許証　□その他（　　　　　）

　　　　　２種類　□通知カード　□被保険者証　□その他（　　　　　　）