

感染症患者医療費公費負担申請書

令和 年 月 日

三重県 保健所長 あて

申請者	氏名											
	住所											
	患者との関係	本人 ・ 続柄( )										
	個人番号 (患者本人以外)											
	電話番号	( )										

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条及び第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	フリガナ氏名	_____										
	住所								電話番号	市外局番 _____ ( )		
	生年月日	T・S・H・R			年 月 日		( 歳)		性別	男 ・ 女		
	患者職業											
	個人番号											
保険の種類	健保(本人 ・ 家族) 国保(一般 ・ 退職本人 ・ 退職家族) 後期高齢者医療制度 生保( 保護受給中 ・ 保護申請中 ) その他( )											
添付 X 線 写真 の 枚 数 ※ 結核患者の申請時に記入ください				枚(内 断層 CT MRI 枚)								

【備考】

番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票(番号付) <input type="checkbox"/> その他( )	(確認者) _____ (番号) _____
本人確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身障者手帳