

医療費公費負担申請書

年 月 日

殿

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。

申請者氏名
(自署又は記名押印)

患者との関係

申請者個人番号

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

(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)

申請者住所

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																			

(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、結核医療費公費負担・東京都医療費助成申請書を使用すること。
(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。

