

感染症患者医療費公費負担申請書

令和 年 月 日

千葉県知事 様

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 3 7 条の規定により、医療費公費負担を申請します。

申請者の住所

申請者の氏名

申請者の個人番号

※

患者との関係

患者の氏名		性別	男・女	生年月日	年	月	日
住 所							
個 人 番 号	※						
保 険 者 等 の 種 別	健 保 (本人 ・ 家族) 国 保 (一般 ・ 退職本人 ・ 退職家族) 後期高齢者 生 保 (保護受給中 ・ 保護申請中) その他 ()						
医療機関名称							
医療機関所在地							

※個人番号は、必要時に管轄保健所から確認しますので、空欄のままとしてください。

氏名	患者との関係	個人番号※												

※該当者数が署名欄より多い場合は欄外に記載してください。

※個人番号は、必要時に管轄保健所から確認しますので、空欄のままとしてください。