

# 感染症患者療養費支給申請書

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42条の規定により入院療養費支給を申請します。

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<sup>(\*1)</sup>

(フリガナ) 患者の氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住 所					
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)		
	生保 (保護受給中・保護申請中)		その他 ( )		
(添付書類等)					
【療養費支給に関する申請者同意欄】					保 健 所 受 付 印
<input type="checkbox"/> 本件入院について、患者の入院費用を医療機関が代わって都道府県等に請求することに同意します。 <sup>(*2)</sup>					

※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。

(備考)

- \* 1 申請者が患者本人である場合（「患者との関係」が本人となる場合）には、「申請者の氏名」、「申請者の住所」の項目は、記載を要しません。
- \* 2 入院時にかかった医療費は、感染症法では、①医療機関で一旦お支払いいただき、②後日、都道府県等に請求し、同額の支給を受けていただくことになっていますが、同意がある場合は、この手続きを省略し、医療機関での支払額（①）と後日受けられる支給額（②）を相殺することで、医療機関で入院費用をお支払いいただく必要がなくなります。  
ただし、世帯員の市町村民税の総所得割額が56万4千円を超える方は、月額2万円を上限として、一部自己負担があります。