

感染症医療費公費負担申請書

記入例

豊橋市保健所長

記入日

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

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37条の規定により医療費公費負担を申請します。

患者本人が申請。
※未成年の場合は保護者が申請

申請者の氏名 **豊橋 太郎**

申請者の住所 (現住所) **豊橋市△△町□□番地
○○○○ △△号室**

患者との関係 **本人**

電話番号 **○○○-○○○○-○○○○**

(フリガナ)	トヨハシ タロウ	性別									
患者の氏名	豊橋 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	生年月日	昭和○ 年 ○ 月 ○ 日							
上記住所が住民票上の住所と異なる場合は住民票上の住所	同上										
被保険者等の種別	協会けんぽ (本人・家族)	組合健保 (本人・家族)	共済 (本人・家族)								
	<input checked="" type="radio"/> 国保 (一般・退職本人・退職家族)	後期高齢	日雇保険 (本人・家族)								
	労災	生保 (保護受給中・保護申請中)	その他 ()								
患者の個人番号	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
申請者の個人番号 ※患者が未成年の場合											

※太枠のみ記入してください

被保険者等の種別欄の記入が難しく場合には、保健所において代筆しますので、空欄のままでもかまいません。

【個人番号等の確認書類】保健所記載欄

番号確認	申請者のマイナンバーが確認できる書類 <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号付き住民票 <input type="checkbox"/> 個人番号カード(裏面) <input type="checkbox"/> その他()
本人確認	本人の身元確認ができるもの <input type="checkbox"/> 個人番号カード(表面) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他()

保健所受付印