

感染症患者医療費公費負担申請書

年 月 日

郡山市長 様

申請者の氏名 _____
 申請者の住所 _____
 申請者の個人番号 _____
 患者との関係 _____

感染症の予防及び感染症患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）
第37条の2の規定により医療費公費負担を申請します。

患者の氏名		性別		生年月日	年 月 日
患者の住所					
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）				
	後期高齢者医療 ・ 生 保（保護受給中・保護申請中）				
	その他（ ）				
受付書類	1 被保険者資格を証するもの 2 診断書 3 エックス線直接撮影写真 4 その他（CT等検査写真）				

※ 保健所使用欄

本人確認 1種類 個人番号カード 運転免許証 その他（ ）
 2種類 通知カード 被保険者証 住民票