

結核医療費公費負担申請書

年 月 日

愛知県 保健所長様
 名古屋市保健所長(区)様
 豊橋市保健所長様
 岡崎市保健所長様
 豊田市保健所長様
 (あて先を○で囲ってください。)

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

電話

()

(患者票等の送付先 ①指定医療機関 ②自宅)

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37条の2 } の規定により、医療費公費負担を申請します。

	入院年月日	※	年 月 日	法律第37条の規定による 医療費の公費負担の終期	※	年 月 日
(ふりがな) 患者の氏名		男・女		年 月 日生		歳
患者の住所	電話 ()					
個人番号						
被保険者等の別	協会けんぽ(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 労災	組合健保(本人・家族) 後期高齢 生保(保護受給中・保護申請中)	共済(本人・家族) 日雇保険(本人・家族) その他(
添付X線写真の枚数	枚					
登録番号	※	公費負担医療 受給者番号	※			

※ 注意事項

この申請は、結核医療を受けられる方が、医療費の公費負担が受給できるように申請するものです。申請に合わせて下記の添付書類等を提出してください。

*37条の2申請者: ① 申請書(本書)及び 診断書(本書裏面) ② エックス線写真

*37条申請者:

- ① 申請書(本書)
- ② 入院勧告書の写し
- ③ 患者と同一住所の全員の住民票(続柄の記載されているもの)
- ④ 世帯調書兼市民税課税状況参照同意確認書
- ⑤ 患者が登録されている保険証の提示又はコピー

受付	※
----	---

(詳しくは、保健センターまで問い合わせください。)

※欄は記入しないこと。