

結核患者医療費公費負担申請書 A

【初回・継続・変更】申請

令和 年 月 日

京都府知事 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
により医療費公費負担を申請します。

第37条

第37条の2

の規定

ふりがな
申請者の氏名患者との
関係本人・保護者
その他()

申請者の住所

申請者の個人番号 ※

※申請者が患者本人の場合は省略できます。

ふりがな 患者の氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住 所	TEL ()				
個人番号 (初回申請時のみ記載)					
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)		
	生保(受給中・申請中)		後期高齢者医療 その他()		
被保険者証の記号・番号					

【留意事項】

法第37条による申請で、病状等やむを得ない事由がある場合は、医療機関と相談のうえ、申請手続きを代行してもらうことができます。この場合、記入後の申請書は封筒に入れて医療機関に提出してください。

【保健所記入欄】

- ・番号確認書類 (初回申請時のみ) 個人番号カード 通知カード 個人番号付き住民票 公的機関が発行した個人番号記載書類 その他()
- ・本人確認書類 個人番号カード
- | | | | | |
|-------|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| 1点で確認 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 | <input type="checkbox"/> パスポート | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 | <input type="checkbox"/> その他() |
| 2点で確認 | <input type="checkbox"/> 健康保険証 | <input type="checkbox"/> 住民票 | <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 | <input type="checkbox"/> 年金手帳 |
| | <input type="checkbox"/> その他() | | | |

備 考

収受日 令和 年 月 日 < 郵送・持参・その他() > 確認者