

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

京都市長 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 | 市 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。

【京都市医療衛生センター記入欄】

| | | | | | |
|----------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------|
| ・番号確認書類 (初回申請時のみ) | <input type="checkbox"/> 個人番号カード | <input type="checkbox"/> 通知カード | <input type="checkbox"/> 個人番号付き住民票 | <input type="checkbox"/> 公的機関が発行した個人番号記載書類 | <input type="checkbox"/> その他() |
| ・本人確認書類 | <input type="checkbox"/> 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

| | | | |
|-----|---------------------------|-----|--|
| 收受日 | 令和 年 月 日 < 郵送・持参・その他() > | 確認者 | |
|-----|---------------------------|-----|--|