

### 感染症患者医療費公費負担申請書

平成 年 月 日

大分県知事 殿

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

初回・継続

再

を申請します。

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 ( )

電話番号 ( - - )

※患者情報を記入  
保険種別は、該当する  
ものを選択する

※結核医療開始日と  
同日になるよう記入

※初回：治療開始時の申請  
※継続：初回申請以降の申請  
※再：過去の結核治療歴が  
明確な場合の申請

※申請者の欄は、医療機関の職員が  
申請書を作成した場合、  
申請者の個人番号は、記入しなくて  
よいです。  
患者家族が申請の場合、後から  
患者家族の個人番号が必要になります。

※個人番号は、申請書作成時には  
記入がなくても申請が可能です  
後日、保健所職員が個人番号を  
確認いたしますので、その際は  
個人番号の分かるものの提示を  
お願いいたします。

ふりがな		性別	生年月日
患者氏名		男・女	M・T・S・H 年 月 日 ( 歳)
住所		電話 ( - - )	
個人番号※			
被保険者等の別	健康保険 (本人・家族) 国民健康保険 (一般・退職本人・退職家族) 生活保護 (保護受給中・保護申請中) その他( )		
高齢者の医療の確保に関する法律による医療の受給資格	有・無	平成	年 月 日から

#### 申請に必要な添付書類

- 1 医師の診断書
  - 2 エックス線写真等 (X線 枚、CT 枚、その他 )
  - 3 37条初回時公費負担申請者のみ
    - ・患者の世帯全員の住民票
    - ・患者の世帯全員の所得税納税証明書等
- ※個人番号は、保健所の職員が確認する

※1、2は医療機関が準備  
※3は患者又は患者家族に  
準備して、保健所へ  
提出して頂く