

感染症患者医療費公費負担申請書

年 月 日

島根県知事様

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 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。

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

患者の氏名		性別	男・女	生年月日	明大 昭平	年	月	日
患者の住所								
患者の 個人番号								
被保険者 等の種類	健保 (本人・家族)			国保 (一般・退職本人・退職家族)				
	生保 (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 (年 月 から) ・ 無				

※1 申請には次の書類が必要です。

- 結核についての医療を受けようとする医師の診断書
- エックス線写真 (申請前3か月以内に撮影されたもの)

※2 公費負担の承認期間は、1回の申請につき6か月以内です。

6か月を超えて治療が予定されている場合は、別途、継続の申請が必要です。

保健所記入欄 (マイナンバー)

番号確認

身元確認

【マイナンバーに関する注意点】

個人番号を記載した申請書の提出の際には、「番号確認」と「身元確認」をさせていただきます。

①番号確認：正しいマイナンバーであることの確認

(確認書類) 個人番号カード、通知カード、個人番号が記載された住民票の写しまたは住民票記載事項証明書のいずれか。

②身元確認：手続きを行っている者が番号の正しい持ち主であることの確認

(確認書類) 個人番号カード、運転免許証、パスポートなど官公署から発行された顔写真のあるもの1点または医療保険証、年金手帳など顔写真のないもの2点のいずれか。