

結核医療費公費負担申請書

令和 年 月 日

(あて先)
川口市長

申請者の氏名
(〒)

住 所
(注1)
申請者の個人番号

連 絡 先

患者との続柄

* 記入は申請者の自署

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。
(いずれかに○)

患 者	フリガナ 氏 名		性別 男・女	生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	フリガナ 住 所	(〒)			
	(注2) 個人番号				
保 護 者	フリガナ 氏 名		患者との 関 係		
	フリガナ 住 所	(〒)			
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） 後期高齢者 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 ・ 無	年 月から	

注 1・2 医療機関に提出する際あるいは保健所への F A X 送信時は、未記入、シール貼付、マスク等により個人番号が見えない状態にしてください。

(原本を保健所に提出する際は、個人番号を明記してください。)

注 3 保護者の欄は、患者が未成年者等の場合に記入し、住所が患者と同じ場合は省略可能です。

注 4 第 37 条による申請の場合には、次の書類を添付してください。(②～③は初回のみ)

①入院勧告・措置書及び入院期間延長勧告・措置書（写し）

②健康保険証（写し）

③個人情報等照会に関する同意書

※③に同意していただけない場合は下記の 2 点が必要です。

(1) 世帯全員の住民票

(2) 生計を共にする家族全員分の市民税（所得割）が証明できる書類

※保健所使用欄（記入しないでください。）

(R1)

番号確認	身元確認
☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 住民票の写し又は住民票記載事項証明書 (個人番号が記載されたものに限る。)	☐ 運転免許証又は運転経歴証明書 ☐ パスポート ☐ その他 () ()