

医療機関記入欄		福岡市記入欄	医療機関	
患者入院先			認定期間	
医療機関名		/	受給者番号	

感染症患者医療費公費負担申請書

令和 年 月 日

(あて先) 福岡市長
(保健所経由)

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

TEL ()

患者との関係

※申請者が保護者の場合にあつては、以下も記入

申請者の個人番号 (マイナンバー)																			
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ		性別	男・女	生年月日	明大昭令	年	月	日
患者氏名					平			(歳)
住所	〒		福岡市 区		TEL	()		
公費負担決定 通知書の送付先	※住所と異なるところへ送付を希望される場合は、下記に宛名と宛先をご記入ください。							
	宛名							
保険種別	健康保険 (本人・家族)		その他 ()					
	国民健康保険 (一般・退職本人・退職家族)							
	後期高齢者医療		生活保護 (受給中・申請中)					
個人番号 (マイナンバー)								

※ 記載された事項については、必要に応じて医療機関等に確認させていただくことがあります。

※ 該当する文字については、その文字を○で囲んでください。

【マイナンバーに関する注意点】 (郵送・代行の場合は、写しでも可)

1 申請者の身元確認のため、下記(1)～(3)のいずれか1点又は、(4)～(9)のいずれか2点をご準備ください。

- (1) 個人番号カード
- (2) 運転免許証
- (3) パスポート
- (4) 健康保険証
- (5) 医師の診断書
- (6) 入院勧告書
- (7) 住民票の写し
- (8) 保護証明書
- (9) その他 ()

2 申請者及び患者の個人番号を確認するため、下記のいずれか1点をご準備ください。

- (1) 申請者及び患者の個人番号カード
- (2) 申請者及び患者のマイナンバーが記載された「通知カード」
- (3) 個人番号の記載がある「世帯全員の住民票の写し」
- (4) 公的機関が発行・発給した個人番号記載の書類 ()

職員記入欄		
受付者	身元確認	番号確認

受 付 印