

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42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	明大昭平令	年	月	日
患者氏名					( 歳 )			
住所	〒 ー 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							
	宛先							
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 )							
<b>【医療費公費負担に関する申請者同意欄】</b>								
<input type="checkbox"/> 医療機関が代わって請求することに同意する場合は□にチェックをしてください。 本件入院について、患者の自己負担分を医療機関が代わって福岡市に請求することで、患者が医療機関の窓口で費用を負担する必要がなくなります。								
個人番号 (マイナンバー)								

※ 入院時にかかった医療費は、感染症法では、①医療機関で一旦お支払いいただき、②後日、福岡市に請求し、同額の支給を受けていただくことになっています。ただし、同意がある場合は、この手続きを省略し、医療機関での支払額(①)と後日受けられる支給額(②)を相殺することで、医療機関で費用をお支払いいただく必要がなくなります(ただし、自己負担額がある場合は支払いがあります)。  
 ※ 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。

職員記入欄		
受付者	身元確認	番号確認

**【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 ( )

### 受 付 印