

受付番号				
承認期間	自	年	月	日
	至	年	月	日
受給者番号	第			号

感染症患者医療費公費負担申請書（結核）

（あて先） 平成 年 月 日
 福岡市長様

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] の規定により医療費公費負担を申請します。
[第37条の2]

申請者の氏名 _____
 申請者の住所 _____
 TEL () _____
 患者との関係 _____

フリガナ								
患者氏名	性別	男・女	生年月日	明大	年	月	日	
				昭平	(歳)	
住所	福岡市 区			TEL	()			
被保険者の別	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 (受給中 ・ 申請中) 介護保険 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					
添付X線写真の枚数	枚		*記入しないでください。 受給者番号 (継続申請の場合)					

※ 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。

申請書添付書類

- 1 医師の診断書（別紙⑧様式第15号の1）
- 2 X線写真（申請前3か月以内に撮影したもの）
- 3 世帯全員の住民票（第37条の対象の方のみ）
- 4 患者並びにその配偶者及び民法877条第1項に定める扶養義務者の当該費用負担能力を認定するための書類（第37条の対象の方のみ）
 - (1) 患者と同じ世帯で収入のある方の税務署発行の所得税納税証明書（給与所得者は源泉徴収票）
 - (2) 生活保護法による保護を受けている方は福祉事務所発行の保護証明書
- 5 継続の場合は、前回申請時に添付したX線写真等、参考になるものがあれば添付してください。

※手続きについてご不明な点等がありましたら、お気軽に保健所にお尋ねください。