

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条の規定による療養費支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) 福岡市長

申請者 住所  
氏名

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)

次のとおり療養費の支給を申請します。

フリガナ		性別	男・女	生年月日		大昭 平令	年 月 日 ( 歳)	
患者氏名								
住所	福岡市 区 TEL ( )							
個人番号 (マイナンバー)								
支払った医療費等の額(A)※1)								円
健康保険等で支払われる額(B)								円
食事療養費(C)								円
支給を申請する療養費の額(A-B+C)								円
療養費支給申請事由 (数字に○) (3は( )内のいずれかに○)	1. 指定医療機関以外の者から医療を受けた場合 2. 公費負担申請をしないで指定医療機関から医療を受けた場合 3. 治療材料費(骨関節装具 生血)							
緊急やむをえない理由(1、3は記入不要)								

委任状※2)

福岡市から支給される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条の規定による療養費の受領に関する権限を委任者に委任します。

令和 年 月 日

委任者 住所  
氏名  
受任者 住所  
氏名

※1感染症法第19条(応急勧告)、20条(入院勧告)の規定により感染症指定医療機関以外の病院に入院した場合、感染症法第37条第1項に掲げる医療を受けた場合は、その総医療費を記入ください。

※2 医療機関が患者から支払われるべき医療保険等の自己負担のうち当該申請に係る療養費に相当する金額の受け取りを保留し、その金額の支払いを市から受けようとする場合、委任状に記入ください。(委任者:本人又は保護者、受任者:医療機関の長)

【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  (4)健康保険証  (7)住民票の写し
- (2)運転免許証  (5)医師の診断書  (8)保護証明書
- (3)パスポート  (6)入院勧告書  (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

職員記入欄	
受付者	
身元確認	
番号確認	