

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

住所

申請者

氏名

(※)

※本人(代理人)が手書きしない場合は、記名押印してください。

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	明大 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)						
支給を受けようとする療養費の額					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 ※1)

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受任者に委任します。

令和 年 月 日

委任者 住所
氏名

受任者 住所
氏名

印

※1 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)

- 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。

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

<input type="checkbox"/> (1)申請者及び患者の個人番号カード
<input type="checkbox"/> (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」 (変更がない場合のみ)
<input type="checkbox"/> (3)個人番号の記載がある「世帯全員の住民票の写し」
<input type="checkbox"/> (4)公的機関が発行・発給した個人番号記載の書類 ()

【保健所 受付印】

職員記入欄

受付者	
身元確認	
番号確認	