

医療機関記入欄		福岡	医療機関の方はご記入をお願いします。
患者入院先 医療機関名	〇〇病院		

感染症患者医療費公費負担申請書

令和 年 月 日

太枠の中をご記入ください。

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 **福岡 太郎**

申請者の住所 **福岡市中央区天神1丁目8番1号**

TEL **092 (711) 4111**

患者との関係 **本人**

※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	フクオカ タロウ																		
患者氏名	福岡 太郎			性別	<input checked="" type="radio"/> 男	・	<input type="radio"/> 女	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭	大	47 年 4 月 1 日								
住所	〒 810 - 0001 福岡市 中央 区 天神1丁目8番1号			TEL	092 (711) 4111														
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	福岡 花子			宛先	福岡市中央区天神1丁目10-1													
保険種別	健康保険 (<input type="radio"/> 本人 ・ <input type="radio"/> 家族)			その他 (
	国民健康保険 <input checked="" type="radio"/> 一般			・ <input type="radio"/> 退職本人 ・ <input type="radio"/> 退職家族)															
	後期高齢者医療			生活保護 (<input type="radio"/> 受給中 ・ <input type="radio"/> 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
