

様式第 4-3-8 号（第 37 条の 2 関係）

感染症患者医療費公費負担申請書

令和 年 月 日

いわき市長 様

申請者の氏名 _____

申請者の住所 _____

申請者の個人番号 _____

患者との関係 _____

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 2 の規定により医療費公費負担を申請します。

患者の氏名		性別		生年月日	年 月 日
患者の住所					
個人番号					
保 険 者 等	健 保（本人・家族） 国 保（一般・退職本人・退職家族）				
の 種 別	生 保（保護受給中・保護申請中） 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	
受付書類	1 被保険資格を証するもの 2 診断書 3 レントゲンフィルム（CT撮影をした場合はCTも添付）				

本人確認書類 1 種類 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ その他（ ）
 2 種類 ☐ 個人番号通知カード ☐ 被保険者証 ☐ その他（ ）