

感染症患者入院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	
家 族 の 状 況	氏 名	続柄	年齢	住所（患者の住所と異なる場合）	
受付書類	1 入院（勧告）通知書の写し 2 被保険資格を証するもの 3 所得（課税）証明書等（患者本人、配偶者、絶対的扶養義務者） 4 世帯全員の住民票の写し				
(注) 絶対的扶養義務者とは、民法（明治 29 年法律第 89 号）第 877 条第 1 項に定める 扶養義務者（自己に対して三親等以内の直系家族及び兄弟姉妹）をいう。 ※絶対的扶養義務者等の個人番号については、別紙に記載のこと。（任意）					

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 ☐ 住民票

(別紙)

絶対的扶養義務者等個人番号記載欄（※任意）

氏名	続柄	年齢	個人番号