

医療費公費負担申請書

年 月 日

品川区保健所長 殿

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条第1項（第7条第1項の規定に基づく政令によって準用される場合及び第53条第1項の規定に基づく政令によって適用される場合を含む。）の規定により医療費の公費負担を申請します。

申請者氏名
(自署又は記名押印)

申請者の個人番号（マイナンバー）

患者との関係

申請者住所

患者氏名		性別		生年月日	年 月 日
住 所					
個人番号 (マイナンバー)					
保 険 者 等 の 種 別	社会保険（本人・家族）		国民健康保険（一般・退職本人・退職家族）		
	後期高齢		国保組合（本人・家族）		
	生保（保護受給中・保護申請中）		その他（ ）		
入院勧告等を受けた日				年 月 日	

(注) 法第37条の2に規定する結核に係る一般医療費公費負担申請については、第13号様式の2を使用すること。