様式１５

|  |  |
| --- | --- |
| 感染症患者医療費公費負担申請書  　　　年　　　月　　　日  　鳥取県知事　様  第　37　条  第37条の２  　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  の規定により医療費公費負担を申請します。  患者又は保護者（親権者又は後見人）  　　 　　　　 　 氏名　　　　　　　　　　　 　　　　 　印  　　　　※押印は患者又は保護者が自署の場合は不要。  　　　　 　 住所  （申請者が保護者の場合）  保護者の個人番号  　　　　　 　 患者との関係 | |
| ふりがな  患者の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別（　男 ・ 女　）  明・大  　　　生年月日　　　昭・平・令　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）  　　　住所  　　　個人番号 | |
| 保険者等  の 種 類 | ・ 健保（本人・家族）　 ・ 国保（一般・退職本人・退職家族）  ・ 後期高齢者医療保険 ・ 生保（保護受給中・保護申請中）  ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|