

感染症患者医療費公費負担申請書

鳥取県知事 様

平成 年 月 日

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 37 条の 2

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 (印)※

申請者の住所

患者との関係

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	年 月 日
住所			
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）		
	生保（保護受給中・保護申請中） その他（ ）		
老人保健法による医療の受給資格	有・無	年 月から	

※ 申請書の押印は、申請者の自署の場合は不要。