

年 月 日

医療費公費負担申請書

江東区保健所長 殿

申請者氏名

（自署又は記名押印）

患者との関係

申請者住所

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項に規定する医療に要する費用について公費負担を申請します。

患者氏名		性別		生年月日	年 月 日
住 所					
保険者等の種別	社保（本人・家族） 国保一般・退職本人・退職家族） 後期高齢 生保（受給中・申請中） 組回国保（本人・家族） 自費・その他（ ）				
入院勧告等を受けた日	年 月 日				
<p>（注1） 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、別記第10号様式を使用すること。</p> <p>（注2） 患者が未成年の場合は、保護者（親権を行う者又は後見人）が申請をすること。また、保護者が法人の場合は、当該法人が申請すること。</p>					