

感染症患者医療費公費負担申請書

令和 年 月 日

柏市長 あて

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。

申請者の住所 _____

申請者の氏名 _____

患者との関係 _____

患者の氏名		性別	男・女	生年月日	年	月	日
住 所							
個 人 番 号							
保 険 者 等 の 種 別	健保（本人・家族） 国保（一般・退職本人・退職家族） 後期高齢 生保（保護受給中・保護申請中）						
入院勧告等を受けた日			年	月	日		

--	--	--	--	--	--	--	--