

感染症患者医療費公費負担申請書

宮崎県知事

殿

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 _____

申請者の住所 _____

申請者の個人番号 _____

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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px dashed black; width: 3.33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 3.33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 3.33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 3.33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 3.33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 3.33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 3.33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 3.33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 3.33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 3.33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 3.33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 3.33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 3.33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 3.33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 3.33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 3.33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 3.33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 3.33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 3.33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 3.33%; height: 20px;"></td> </tr> </table>																								
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） 生保（保護受給中・保護申請中） 後期高齢者医療 その他（ ）																								

※個人番号の利用目的
 提供いただいた個人番号は、本申請に係る事務のみに使用しそれ以外の利用目的では利用いたしません。
 なお、提供後の個人番号が変更になった場合は、速やかにお知らせください。