

感染症患者医療費公費負担申請書

令和 年 月 日

千葉県知事 様

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 | | | | | |
| 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) 後期高齢者 生 保 (保護受給中 ・ 保護申請中) その他 () | | | | |
| 医療機関名称 | | | | | |
| 医療機関所在地 | | | | | |
| | | | | | |