

感染症患者医療費公費負担申請書

令和 年 月 日

神戸市長あて

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。

患者との関係

(ふりがな)
申請者の氏名 :

〔 本人・保護者
その他 () 〕

申請者の住所 :

申請者の連絡先: TEL ()

申請者の個人番号:

患者	(ふりがな) 氏名	性別		男・女
	生年月日	年 月 日生 (歳)		
	住所	市 TEL ()		
個人番号 (神戸市外在住の方のみ)				
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) 後期高齢者医療 生保 (受給中・申請中) その他 ()		
被保険者の 記号・番号				
備考				

【区処理欄】

番号確認書類

(写真有)個人番号カード
 (写真無)通知カード表面
 個人番号記載住民票の写し

保健課への送付日

本人確認

(下記右欄の書類は必須)

<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 被保険者証
<input type="checkbox"/> 運転履歴証明書	<input type="checkbox"/> 年金手帳
<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 住民票の写し
<input type="checkbox"/> 障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書等
<input type="checkbox"/> 在留カード等	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書
<input type="checkbox"/> 官公庁が発行する証明書(顔写真あり)	<input type="checkbox"/> 官公庁が発行する証明書(顔写真なし)

代理人の場合

<input type="checkbox"/> 任意	<input type="checkbox"/> 委任状
<input type="checkbox"/> 法定	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本
<input type="checkbox"/> 資格を証明する書類	

保健センター受付印

【保健課処理欄】

受付日	送付日	回答受領日