

感染症患者医療費公費負担申請書

令和 年 月 日

岐阜県 保健所長 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
の規定により、医療費公費負担を申請します。

〔 第37条
第37条の2 〕

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 _____

電 話 _____ () _____

| | | | | | |
|-------------------------------|-----------------|----|------------------|------|-------|
| 患者の氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住 所 | | | | | 年齢 |
| 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） | | |
| | 生保（保護受給中・保護申請中） | | その他（ ） | | |
| 高齢者の医療の確保に関する 法律による医療の受給資格 | 有・無 | | 年 月から | | |

岐阜県が個人番号を利用して、住所地の関係機関から本申請に必要な地方税関係情報の提供を受けることに同意します。

署名（患者又は保護者）： _____

注) 患者の医療情報の共有について

- ・ 公費負担を決定した場合、患者様の医療情報及び感染症予防に必要な個人情報については、医療機関と保健所で共有します。
- ・ 本申請をもちまして、医療情報の共有について同意していただくことになります。