感染症患者医療費公費負担申請書

令和　　年　　月　　日

（あて先）

大　阪　市　長

（フリガナ） 申請者氏名	（　　）
申請者住所	
患者との関係	
保護者の個人番号	

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。

（フリガナ） 患者氏名		性別	男・女	生年月日	明　大　昭　平　令　西暦 年　月　日
個人番号					
患者住所					
上記住所が住民票上の住所と異なる場合は住民票上の住所					
（電話番号）	（　　）　　－				
保険種別					
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		
被保険者証等の記号及び番号					
添付書類	・同意書 ・各種健康保険被保険者証情報を確認できるもの				
（備考）					

＊着色部分のみ記載してください。