

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)		性別	男 ・ 女	生 年 月 日	明 大 昭 平 令 西 暦 年 月 日
患者氏名					
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 同意書 ・ 健康保険証 (写し) 				
(備考)					

* 着色部分のみ記載してください。