

結核患者医療費公費負担申請書

令和 年 月 日

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 ・ 第 37 条の 2 } の規定により医療費公費負担を申請します。

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 _____

| | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|----|--------|------|---|---|---|
| 患者の氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 住 所 | 西宮市 | | | | | | |
| 個 人 番 号 | | | | | | | |
| 保 険 者 等 の 種 別 | 健康保険（本人・家族） 国民保健（一般・退職本人・退職家族） | | | | | | |
| | 生活保護（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 | | | | |

診断書及びX線フィルムは後日、保健所まで持参します。

診断書及びX線フィルムは後日、保健所に郵送します。

(その他)

※ 感染症法第 37 条の 2（結核患者の医療）に基づく公費負担の承認開始日は、西宮市保健所が申請を受理した日となりますのでご注意ください。

西宮市保健所 〒662-0855 西宮市江上町 3 番 26 号 FAX 0798-33-1174