

感染症患者医療費公費負担申請書

年 月 日

岐阜市長 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 〔 第 3 7 条
第 3 7 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 _____

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 | | |

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。