

様式 9-1

感染症患者医療費公費負担申請書

平成 年 月 日

福島県知事 様

申請者の氏名 _____ 印

申請者の住所 _____

患者との関係 _____

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（平成10年法律第114号）第37条の規定により医療費公費負担を申請します。

患者の氏名		性別		生年月日	年 月 日
患者の住所					
保険者等	健 保（本人・家族） 国 保（一般・退職本人・退職家族）				
の 種 別	生 保（保護受給者中・保護申請中） その他（ ）				
老人保健法による医療の受給資格	有 ・ 無		年 月から		
家 族 の 状 況	人員	氏 名	続柄	年齢	住所（患者の住所と異なる場合）
受付書類	1 入院（勧告）通知書の写し 2 被保険資格を証するもの 3 所得（課税）証明書等（患者本人、配偶者、絶対的扶養義務者） 4 住民票謄本				
(注) 絶対的扶養義務者とは、民法（明治29年法律第89号）第877条第1項に定める扶養義務者（自己に対して三親等以内の直系家族及び兄弟姉妹）をいう。					

様式 11-1

感染症患者医療費公費負担申請書

平成 年 月 日

福島県知事 様

申請者の氏名 _____ 印

申請者の住所 _____

患者との関係 _____

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（平成10年法律第114号）第37条の2の規定により医療費公費負担を申請します。

患者の氏名		性別		生年月日	年 月 日
患者の住所					
保険者等	健 保（本人・家族） 国 保（一般・退職本人・退職家族）				
の 種 別	生 保（保護受給者中・保護申請中） その他（ ）				
老人保健法による医療の受給資格	有 ・ 無		年 月から		
受付書類	1 被保険資格を証するもの 2 診断書 3 レントゲンフィルム				