感染症患者医療費の公費負担申請書

大阪府知事様

　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条の規定により医療費公費負担を申請します。

ふりがな

申請者の氏名

申請者の住所

患者との関係

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  患者の氏名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年　月　日 |
| 住所 |  | | | | |
| 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・後期高齢） | | | | |
| 生保（保護受給中・保護申請中）　その他（　　　　　　　　　　） | | | | |