

別記第13号様式（第13条関係）

（表）

医療費公費負担申請書																							
			年 月 日																				
殿																							
<p>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(以下「法」という。)第37条第1項の規定により医療費の公費負担を申請します。</p>																							
申請者氏名																							

患者との関係																							

申請者個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>																						
(申請者が患者本人である場合は、下記の「患者の個人番号」欄へ記入)																							

申請者住所																							

患者氏名		生年月日	年 月 日																				
住 所																							
保険者等の種別	社保(本人・家族) 国保 後期高齢																						
	生保(保護受給中・保護申請中) その他()																						
入院勧告等を受けた日	年 月 日	_____																					
患者の個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>																						
(注1) 法第44条の9第1項の規定に基づく政令によって準用される法第37条第1項、法第8条各項の規定により適用される第37条第1項及び法第53条第1項の規定に基づく政令によって適用される第37条第1項の規定による医療費の公費負担申請については、第13号様式の2を使用すること。 (注2) 法第37条の2に規定する結核に係る一般医療費公費負担申請については、第13号様式の3を使用すること。 (注3) 患者の配偶者及び民法第877条第1項に規定する扶養義務者の個人番号は(裏)に記載し、書き切れない場合は別葉によること。																							

