

結核医療公費負担申請書

久留米市長 殿

年 月 日

ふりがな
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 ()

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2の規定により医療費公費負担を申請します。

フリガナ											
患者氏名				性別	男・女	生年月日	明 大	年	月	日	
							昭 平			(歳)	
住 所	電話 ()										
個人番号											
保険者等の種別	健康保険（本人・家族）						高齢者の医療の確保に関する法律の		有 ・ 無		
	国民健康保険（一般・退職者本人・退職家族）						後期高齢者医療制度の受給資格				
	生活保護（受給中・申請中）						年 月 日 から				
	その他（ ）										
添付X線写真の枚数	枚										

申請書添付書類

- 1 医師の診断書(別紙様式)
- 2 X線写真(申請前3ヶ月以内に撮影したもの)その他関係書類

記入上の注意

該当する文字については、その文字を○で囲んで下さい。

※1 継続の場合は、前回申請時に添付したX線写真等、参考になるものがあれば添付して下さい。

※2 手続についてご不明な点がございましたら、お気軽に保健所にお尋ね下さい。

患者票 番号 (記入しない)		有効期限 (記入しない)	・ ・ ~ ・
----------------------	--	-----------------	---------------