

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条の規定により医療費公費負担を申請します。また、申請にあたっては、生計を一にする絶対的扶養義務者の世帯構成、市町村民税の情報閲覧に同意します。

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線写真その他関係書類
- 3 世帯全員の「市町村民税所得割の額」を証明する書類(保健所から別途説明)

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 延長の場合は、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)	・ ~ ・ ・ ~ ・
----------------------	--	-----------------	----------------