

Infectious disease patient medical expenses public expense application form
(感染症患者医療費公費負担申請書)

(Destination) Mayor Matsue

(あて先) 松江市長

Date _____

Apply for medical expenses public expenses according to the provisions of Article 37 (Article 37-2) of the Act on the Prevention of Infectious Diseases and Medical Care for Patients with Infectious Diseases

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
医療費公費負担を申請します。 第37条の2 の規定により

- I agree that the section in charge will check Basic Resident Register Information and Municipal Tax Information to the extent necessary for the application.
(申請に必要な範囲で、担当課が住民基本台帳情報及び市民税情報等を確認することに同意します。)

Name of applicant
(申請者氏名)

Address of applicant
(申請者住所)

Relationship with patients
(患者との関係)

Name of patient (患者氏名)		Sex (性別)		Date of birth (生年月日)	
Address of patient (患者住所)					
Health insurance (保険の種類)	健保 (本人・家族)		国保 (一般・退職本人・退職家族)		
	後期高齢者医療		生保 (保護受給中・保護申請中)		
	その他 ()				
備考					

- *1 法第37条2の申請には、次の書類が必要です。
 - ・結核についての医療を受けようとする医師の診断書
 - ・エックス線写真 (申請前3か月以内に撮影されたもの)
- *2 公費負担の承認期間は、1回の申請につき6か月以内です。
6か月を超えて治療が予定されている場合は、別途、継続の申請が必要です。

保健所受付印