

入院医療費公費負担申請書

年 月 日

石川県 保健所長 様

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 3 7 条の規定により医療費公費負担を申請します。

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 _____

患者の氏名		性別	男・女	生年 月日	年 月 日
住 所					
個 人 番 号					
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）				
	生保（保護受給中・保護申請中） その他（ ）				
高齢者の医療の確保に関する法律による医療の受給資格	有・無		年 月 から		