

別記様式第24号（第14条、第15条関係）

感染症患者医療費公費負担申請書

年 月 日

（宛先）和歌山市長

申請者 氏名 ⑩
住所
個人番号
患者との関係

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の公費負担を申請します。

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） 後期高齢 生保（保護受給中・保護申請中） その他（ ）				

保健所記入欄（以下は記入しないでください。）

受理日	<input type="checkbox"/> 診断書	診査結果	感染症診査協議会の意見
	<input type="checkbox"/> X線写真	承認・不承認・保留	
	X・P 枚	受給者番号	
	CT 枚	承認期間	
	CD 枚		