様式１５

|  |
| --- |
| 感染症患者医療費公費負担申請書　　　年　　　月　　　日　　鳥取県知事　様第　37　条第37条の２　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　の規定により医療費公費負担を申請します。 患者又は保護者（親権者又は後見人） 　　 　　　　 　 氏名　　　　　　　　　　　 　　　　 　印  　　　　※押印は患者又は保護者が自署の場合は不要。 　　　　 　 住所　　　　　 　　　　　　　　　　　　　 （申請者が保護者の場合） 保護者の個人番号　　　　 　　　　　　　　 　　　　　 　 患者との関係　　　 　　　　　　　　　　　 |
|  ふりがな 患者の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別（　男 ・ 女　） 明・大 　　　生年月日　　　昭・平・令　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） 　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 保険者等の 種 類 | ・ 健保（本人・家族）　 ・ 国保（一般・退職本人・退職家族）・ 後期高齢者医療保険 ・ 生保（保護受給中・保護申請中）・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|