

# 感染症患者医療費公費負担申請書

令和 年 月 日

千葉県知事 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37条の規定により、  
医療費公費負担を申請します。

申請者の住所

申請者の氏名

患者との関係

患者の氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住 所					
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 ) 後期高齢者 生 保 ( 保護受給中 ・ 保護申請中 ) その他 ( )				
医療機関名称					
医療機関所在地					