

感染症医療費公費負担申請書（札幌市）  
 （感染症患者療養費支給申請書）（札幌市）

年 月 日

(あて先)札幌市保健所長

申請者の氏名 \_\_\_\_\_

申請者の住所 \_\_\_\_\_

患者との関係 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

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条第1項(または第42条)の規定により下記の者に係る入院医療費の公費負担を申請します。

(ふりがな) 患者の氏名			
患者の住所	(申請者と同じ場合は省略可)		
生年月日	年 月 日 歳	性別	男・女
被保険者等の別	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(		

【療養費支給に関する申請者同意欄】(感染症指定医療機関以外に入院している場合)  
 本件入院について、患者の自己負担分を医療機関が変わって都道府県等に請求することに同意します。  
 ※医療機関が変わって請求することに同意いただける場合には、 にチェックをお願いします。(同意がある場合は、患者の窓口での費用負担の必要がなくなります)

備考※転院の際は、写しを転院先にお渡しください。