

感染症療養費公費負担申請書

年 月 日

長崎県知事 様

申請者 氏 名

住 所

電話番号 () -

個人番号

患者との続柄

感染症療養費の公費負担を申請したいので、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42条第1項の規定により、次のとおり申請します。

患 者	氏 名		性 別	男 ・ 女															
	住 所																		
	生年月日	年	月	日生															
	個人番号																		
申 請 理 由																			
保険等の種別	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) ・ 後期高齢者医療 そ の 他 ()																		
療養費の額	円																		
備 考	【療養費支給に関する申請者同意欄】 <input type="checkbox"/> 本件入院について、患者の自己負担分を医療機関が代わって都道府県等に請求することで、患者が医療機関の窓口で費用を負担する必要がなくなります。 (*4) ※ 医療機関が代わって請求することに同意いただける場合には、 <input type="checkbox"/> にチェックをしてください																		

- 1 この申請書には、次の書類を添付して保健所長を経由して提出ください。
 - (1) 入院勧告又は入院措置又は入院の期間の延長に係る通知書の写し及び感染症療養費証明書（第46号様式）
 - (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第37条の適用となる本人並びに配偶者及びその他扶養義務者の所得税額等の証明書
 - (3) その他長崎県知事が必要と認める書類
- 2 この申請書は、医療を受けた後1ヶ月以内に提出してください。
- 3 氏名欄は、自署（押印不要）です。
- 4 入院時にかかった医療費は、感染症法では、①医療機関で一旦お支払いいただき、②後日、都道府県等に請求し、同額の支給を受けていただくことになっています。ただし、同意がある場合は、この手続きを省略し、医療機関での支払額（①）と後日受けられる支給額（②）を相殺することで、医療機関で費用をお支払いいただく必要がなくなります。