

記入例

様式第 30 号

感染症患者 医療費公費負担・療養費支給 申請書

令和 年 月 日

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 42 条の規定により、入院医療費公費負担・入院療養費支給を申請します。

保健所に確認下さい。

申請者の氏名 フリガナ イバラキ タロウ 茨城 太郎 ※申請者は患者又はその保護者です。

申請者の住所 〒〇〇〇-▲□ ××市〇▲町××

申請者の電話番号 患者との関係 本人

フリガナ 患者の氏名	イバラキ タロウ 茨城 太郎	性別	男・ 女	生年月日	平成〇×年×月〇日
住所	××市〇▲町××				
保険者等の種別	健保(本人・家族) 国保(一般・退職者本人・退職者家族) 生保(保護受給中・保護申請中) 後期高齢 その他()				
高齢者の医療の確保に関する法律による医療の受給資格	有・無		年 月から		
(添付書類等)					
<input checked="" type="checkbox"/> 住民票謄本(家族全員分 個人番号記載なし)					
<input checked="" type="checkbox"/> 患者及び同居家族※の市町村民税課税額を証明する書類					
※患者の配偶者及び患者と生計を同一にする兄弟姉妹・父母・子・祖父母・					
					保健所受付印
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>法第 42 条の規定による申請の場合は同意が必要です。</p> </div> <p>【感染症患者療養費支給に関する申請者同意欄】</p> <p><input checked="" 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に同意します。* 1</p>					

【感染症患者療養費支給申請をされる方へ】

* 1 感染症指定医療機関以外での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、公費対象額の支給を受けていただくことになっていますが、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)を相殺することができます。

ただし、世帯員の市町村民税の総所得割額が 56 万 4 千円を超える場合は、月額 2 万円を上限として、一部自己負担があります。