

感染症患者入院療養費医療費公費負担（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（又は第42条）の規定により医療費公費負担（入院療養費支給）を申請します。

申請者の氏名 八代 花子

患者との関係 本人

患者氏名	八代 花子	生年月日	(大正・昭和・平成・令和) 39年10月10日	
住 所	(〒866-8555) 熊本県八代市西片町1660番地			
保険種別 (該当するものを○で囲んでください)	健保 (本人・ <b>家族</b> ) 国保 (一般・退職本人・退職家族) 後期高齢 生保 (保護受給中・保護申請中) その他 ( )			
入院医療機関名	○○○○病院	「新型コロナウイルス診断日」または「入院日」のいずれか遅い方		「療養終了日」または「退院日」のいずれか早い方
公費負担申請対象期間	令和 ○年 ○月 ○日 ~ 令和 ○年 ○月 ○日			
療養費支給に関する申請者同意	(感染症指定医療機関以外の医療機関へ入院した場合のみ) <input checked="" type="checkbox"/> 本件入院について、患者の入院費用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。			

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。  
(感染症指定医療機関は不要です)