（第８号様式）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 療養費支給申請書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 年　 月　 日  　 鹿児島市保健所長　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 申請者  住　　所  氏　　名  個人番号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 （患者との関係　　　　　　）  　　 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条の規定により、  　下記のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給申請額 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患  者 | 氏名 |  | | | | | | | | 男･女 | | | 年　　月　　日生（　　　歳） | | | | | | | | | | |
| 住　　　　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 公費負担医療  の受給者番号 |  |  | |  | |  |  | | |  | | |  | | 患者票の  有効期間 | | 自 　　　　年　　月　　日  至 　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 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 ）  後期高齢者医療保険　 生活保護（ 受給中・申請中 ）  その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関の名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関の所在地 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急その他やむを  得ない理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添　付　書　類 | | １　当該医療を受けた医師の作成による診断書  　２　肺結核又は栗粒結核であるときは，胸部のエックス線  　　　直接撮影写真  　３　当該医療に要した費用を証明する書類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |