

(第6条関係)

感染症医療費公費負担申請書

年 月 日

相模原市長 あて

申請者氏名 _____

申請者住所 _____

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37条第1項または第42条第1項の規定により、医療費の公費負担を申請します。

患者	氏名		生年月日		
	住所		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
保険者等の種別	<input type="checkbox"/> 健保（本人・家族） <input type="checkbox"/> 国保（一般・退職本人・退職家族） <input type="checkbox"/> 生保（保護受給中・保護申請中） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
老人保健法による医療の受給資格	<input type="checkbox"/> 有（ 年 月から） <input type="checkbox"/> 無				
感染症の名称					
医療機関の名称および所在地					
入院勧告に基づく入院の期日	年 月 日				

※ この申請書には、次の書類を添付してください。

1. 入院の勧告、入院の措置又は入院期間の延長を通知した書面の写し
2. 患者の属する世帯全員の住民票
3. 患者の属する世帯全員の、同年度の市町村民税所得割額を証明する書類（ただし入院年月日が4月1日から6月30日までの方は前年度分のもの。）
4. 世帯調書
5. 患者の保険証の写し

【第42条第1項の規定による申請に関する同意欄】（感染症指定医療機関以外の医療機関に入院した場合）

本件入院について、患者の公費負担の対象となる医療費の支払いを医療機関が代わって市に請求することに同意します。

※同意いただける場合は、にチェックをいれてください。（*注）

***注** 感染症指定医療機関以外の医療機関に入院した場合、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、市に請求し公費負担の対象となる医療費と同額の支給を受けていただくこととなっています。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、医療機関で公費負担の対象となる医療費をお支払いいただく必要がなくなります。