様式第 27-1 号

結核医療費公費負担申請書

令和　　年　　月　　日

（あて先）
埼玉県　　保健所長

申請者の氏名

（〒　　）
住　　所

申請者の個人番号（注１）

連　絡　先

患者との続柄

（記入は申請者の自署）

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37 条の２）（いずれかに○）の規定により医療費公費負担を申請します。

患者	フリガナ 氏　名		性別 男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年　月　日
	フリガナ 住　所	（〒　　）			
	個人番号（注２）				私は、感染症法第37･42条に基づく事務処理をするために限って、埼玉県知事の個人番号を利用した地方税関係情報の取得に同意します。
保護者	フリガナ 氏　名		患者との関係		
	フリガナ 住　所	（〒　　）			
保険者等の種別	健保（本人・家族）　国保　後期高齢者　生保（保護受給中・保護申請中） その他（　　）				

注１・２　医療機関に提出する際あるいは保健所へのＦＡＸ送信時は、未記入、シール貼付、マスキング等により個人番号が見えない状態にしてください。
（原本を保健所に提出する際は、個人番号を明記してください。）

注３　保護者の欄は、患者が未成年者等の場合に記入し、住所が患者と同じ場合は省略可能です。

注４　診断書（様式第 27-2 号）並びにエックス線画像及び CT 画像を添付してください。

注５　第 37 条による申請の場合には、次の書類を添付してください。
（②～④は初回のみ、③及び④は患者の個人番号を記入した場合は不要）
①入院勧告・措置書及び入院期間延長勧告・措置書（写し）
②患者の属する世帯全員の住民票の写し
③患者・患者の配偶者・患者と生計を一にする扶養義務者（祖父母、父母、子、孫、兄弟姉妹）の市町村民税所得割の額が記載された証明書
④健康保険証（写し）

※保健所使用欄（記入しないでください。）

番号確認	身元確認
□マイナンバーカード　□通知カード □住民票の写し又は住民票記載事項証明書 （個人番号が記載されたものに限る。）	□運転免許証又は運転経歴証明書　□パスポート □その他（　　） （　　）