

様式 37 号

療 養 費 請 求 書

交付年月日（令和 年 月 日）

香川県知事 様

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 4 2 条の規定により、
下記のとおり療養費を請求します。

患者の氏名		性別	男・女	生年 月日	年 月 日
住 所	(〒 -) 電話番号 () -				
被保険者等の別	被用者保険（本人 家族） 国保（一般 退職本人 退職家族） 後期高齢者医療制度 生保（保護受給中 保護申請中） その他 ()				
病 名					
受療医療機関	名 称				
	所在地				
緊急その他やむを得ない理由 ※1					
請求金額	円	請求期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		
取引先銀行名及び支店名 ※2		預金 種別	1 普通 2 当座	口座 番号	
	支店				
上記の金額の受領を 住所 氏名 令和 年 月 日 氏名 印 に委任します。					

注意 1 ※1は、指定医療機関に入院し、感染症医療費公費負担申請書を提出できなかった場合に記入する。※2は、請求者が、直接療養費の請求を委任する場合のみ、記入する。

- 2 入院の勧告又は入院の措置の通知の写しを添付する。
- 3 請求費用を証明できる書類を添付する。
- 4 生活保護受給者等は、所轄福祉事務所の保護受給証明書を添付する。
- 5 患者並びにその保護者及び生計を同じくする扶養義務者の前年分の所得割額を証明する課税証明書を添付する。