

# 結核医療費公費負担申請書

年 月 日

(あて先)

- 一宮市保健所長
- ( ) 保健所長

・あて先に✓チェックしてください。  
 ・一宮市保健所以外に申請する場合は、( )内に保健所名を記入してください。

申請者の氏名

申請者の住所

申請者の個人番号

患者との関係

電話

( )

(患者票等の送付先 ①指定医療機関 ②自宅)

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 } の規定により、医療費公費負担を申請します。

	入院年月日	※	年 月 日	法律第37条の規定による医療費の公費負担の終期	※	年 月 日
(ふりがな) 患者の氏名		男・女		年 月 日生		歳
患者の住所	電話 ( )					
個人番号						
被保険者等の別	協会けんぽ(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 労災	組合健保(本人・家族) 後期高齢 生保(保護受給中・保護申請中)	共済(本人・家族) 日雇保険(本人・家族) その他( )			
添付X線写真の枚数	枚					
登録番号	※	公費負担医療受給者番号	※			

### 【注意事項】

この申請は、結核医療を受けられる方が、医療費の公費負担が受給できるように申請するものです。申請に合わせて下記の添付書類等を提出してください。

\*37条の2申請者: ①申請書(本書) ②診断書(様式31号) ③エックス線写真

\*37条申請者:

- ①申請書(本書)
- ②入院勧告書の写し
- ③患者と同一住所の全員の住民票(続柄の記載されているもの)
- ④世帯調書
- ⑤患者、その配偶者及び患者と生計を一にする絶対的扶養義務者(直系血族及び兄弟姉妹)の市民税所得割額を証明する書類(所得課税(非課税)証明書等)
- ⑥医療保険の加入関係を確認するための書類※の提示又はコピー  
 ※「資格情報のお知らせ」、「資格確認書」又はマイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」
- ③、⑤、⑥は個人番号利用に関し、患者及び必要な方の同意が得られる場合は、省略できることもあります。

(詳しくは、保健所まで問い合わせください。)

保健所受付

※

※欄は記入しないこと。