

結核医療費公費負担申請書

年 月 日

愛知県 保健所長様
 名古屋市保健所長(区)様
 豊橋市保健所長様
 岡崎市保健所長様
 一宮市保健所長様
 豊田市保健所長様
 (あて先を○で囲ってください。)

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42条の規定により、療養費公費負担を申請します。

(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	入院勧告書または入院措置書の番号	保第 号
医療費公費負担申請をしなかった 緊急その他やむを得ない理由			
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。

* 入院勧告を受けていない申請者:

- ① 申請書(本書)及び診断書(本書裏面) ② エックス線写真

* 入院勧告を受けた申請者:

- 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(保健所にあります。)
- ⑤ 患者並びに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)の市町村民税の課税年額(所得割)を証明する書類(課税証明書)
- ⑥ 患者が記載されている保険証の提示又はコピー

(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。