

【記載方法】結核医療費公費負担申請書

結核医療費公費負担申請書

令和 3 年 5 月 10 日

北九州市長 様

申請者(本人または保護者)※患者が未成年の場合、申請者は保護者

氏名 **北九 太郎**

住所 **北九州市小倉北区馬借一丁目7番1号**

患者との関係 **本人**

申請者名は患者本人(未成年の場合は保護者)です。

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の規定により医療費公費負担を申請します。

なお、必要に応じて住民基本台帳を確認されることに同意します。

- 第37条第1項(入院患者の医療)
 第37条の2(結核の医療)

該当医療をチェックしてください。
第37条第1項:結核病床等の入院
第37条の2:その他の入院、外来通院

フリガナ	キタクユウ タロウ	性別		生年月日	
患者氏名	北九 太郎	男・女	<input checked="" type="radio"/> 男	昭平 令	15 年 1 月 1 日 (満 81 歳)
住所	北九州市 小倉北 区 馬借一丁目7番1号				
連絡先	電話番号 093 - 522 - ****	携帯電話	090 - **** - ####		
個人番号					
保険の種類	健康保険(本人・家族) 後期高齢者医療	国民健康保険(一般・退職本人・退職家族)	高齢受給者証(有・無)		
添付資料	X線写真、CT等 : CDR 1 枚・フィルム 枚 ※返却の必要 有 無				
備考					

日中に連絡が取れる番号を記載してください。

3ヶ月以内に撮影した画像の提出が必要です。

【申請に必要な書類】

- 診断書(北九州市 結核用)
- 直近(3ヶ月以内)のエックス線写真
※継続申請の場合は、直近と前回提出したエックス線写真
※肺外結核の場合は、胸部エックス線写真の他、該当部位のエックス線写真
- 法第37条第1項の初回申請時は、以下のいずれかの書類
・患者および患者と同じ世帯の方について、所得税額のわかる書類
・所得税額調査に関する同意書(保健所より別途配付)

【提出時の注意】

- 第37条の2(結核の医療)の公費承認開始日は、北九州市保健所保健予防課が申請を受理した日(FAX受理を含む)です。 まずはFAXでご提出ください。
※FAX受理は、休日・夜間も可能です。ご不明な点は下記へお問い合わせください。

北九州市保健所 保健予防課 TEL:093-522-8764 FAX:093-522-1025

〒802-8560 北九州市小倉北区馬借一丁目7番1号 北九州市総合保健福祉センター4階