

結核医療費公費負担申請書

令和 年 月 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

住所

患者との関係

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。

第37条第1項(入院患者の医療)
 第37条の2(結核の医療)

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。

フリガナ			性別	生年月日	
患者氏名			男・女	明・大 昭・平 令	年 月 日 (満 歳)
住所	北九州市 区				
連絡先	電話番号	— —	携帯電話	— —	
個人番号					
保険の種類	健康保険(本人・家族) 後期高齢者医療 生活保護(受給中・申請中)		国民健康保険(一般・退職本人・退職家族) 高齢受給者証(有・無) その他()		
添付資料	X線写真、CT等 : CDR 枚・フィルム 枚 ※返却の必要 有・無				
備考					

【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엑스線写真
※継続申請の場合は、直近と前回提出した엑스線写真
※肺外結核の場合は、胸部엑스線写真の他、該当部位の엑스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