

結核医療費公費負担申請書

年 月 日

(あて先) 山形市長

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


申請者の氏名

〔 第37条第1項
第37条の2第1項 〕

の規定により医療費公費負担を申請します。

申請者の住所

患者との関係

患者の氏名		性別	男・女	現住所		保険記号番号	
		生年月日	年 月 日	住所	年1月1日現在住所		
		個人番号				
被保険者等の別	健保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 生活保護(受給中・申請中) その他()						
高齢者の医療の確保に関する法律による医療の受給資格	有・無	※※	年 月 日	から	高	入院	
添付エックス線写真の枚数	枚 (入院勧告患者の場合) 入院勧告書の番号	外来					
診 断 書							
病名	1	2	3	※※ 患者票(通知書)有効期間			
医 学 的 療 法 の 種 類	1 初回治療	1 抗結核薬	1 薬品名 INH RFP RBT SM EB KM TH EVM PZA PAS CS	医療開始予定年月日			
	2 再治療	() 剤使用	2 1のうち局所療法に用いるもの ()	年 月 日			
	3 継続	2 副腎皮質ホルモン剤	薬品名 ()	入院 年 月 日			
外 科 的 療 法 の 種 類	1 肺結核	1 肺虚脱療法 () 2 空洞直達療法 () 3 肺切除術 ()		年 月 日			
	2 結核性膿胸	4 泌尿器結核		年 月 日			
	3 骨関節結核	5 その他 ()		年 月 日			
骨関節結核の装具療法							
取 容	日間(術前) 日間(術後) 日間		手術予定(実施) 年月日		年 月 日		
現 症	胸部エックス線写真真略図 	年 月 日撮影	※※学会分類	その他の所見(肺外結核の場合は、そのエックス線写真真略図及びその他の所見)			
			r l b I II III IV V 1 2 3 H Pl Op				
結核菌検査	塗抹(直接法)	月 号	月 号	月 号	月 号	月 号	月 号
	塗抹(集菌法)	月	月	月	月	月	月
	培養	月 個	月 個	月 個	月 個	月 個	月 個
	※ 初めて結核と診断された時期	年 月 ころ	※ ツ反応陽転時期	年 月 ころ	菌陰性化の時期	年 月 ころ	
※ 結核に関する既往の医療	年 月から 年 月まで	年 月から 年 月まで	年 月から 年 月まで	INH RFP SM EB PAS	その他 ()		
備 考	1 入院勧告の意見						
	2 ツ反(最新のもの) 陰性 陽性 強陽性 BCG接種歴 無 有 (年 月 ころ)						
	3 その他						
この欄は、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1項の規定による申請の場合にのみ記入すること。				※※ 結核診査協議会の意見			
入所以来実施した医療の概要							
及び今後の医療の基本方針							
年 月 日				医療機関の所在地			
				医療機関の名称			
				医師の氏名			
				印			

- (記入上の注意)
- 記入に際しては、該当(該当文字に符号のついているものについては、その符号)を○で囲んでください。
 - ※印の付いている欄は、初回申請の場合にのみ記入してください。
 - ※※印の付いている欄は、記入しないでください。
 - 「結核菌検査」の欄は、過去6月間に行った検査結果を記入してください。
 - 「結核菌検査」欄は、「塗抹(直接法)」及び「培養」の結果について記入してください。ただし、「塗抹(集菌法)」については、実施した場合のみ記入すること。
 - 「備考」の欄は、①入院勧告に関する意見 ②15歳以下の患者については既往のツベルクリン反応検査の成績及びBCG接種歴の有無 ③その他参考となるべき事項を記入してください。なお、生活保護法による医療扶助を受ける患者について入院を要する場合は、その理由を記入してください。
- 添付書類
- 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施行規則第20条の3第2項第2号のエックス線直接撮影写真
 - 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1項の規定による申請の場合は、地方税法に規定する市町村住民税所得割の額の把握のため、課税情報照会にあたっての同意書
 - 入院勧告書又は命令書の写し
 - 被保険者資格を証するもの