

結核医療費公費負担申請書 記入例及び注意事項

結核医療費公費負担申請書の記入につきましては、次のことにご留意ください。

注) 感染症法第37条の2の公費負担の有効期間の開始日は、結核医療費公費負担申請書を保健所が受理した日からとなります。診断日から抗結核薬を内服開始する場合は、結核発生届と併せて、結核医療費公費負担申請書の提出をお願いします。

患者情報及び患者の加入する
医療保険を記入してください。

**※個人番号の記入はしないで
ください。**

申請者名（患者本人または家族の署名又は記名押印）及び住所を記入してください。

※個人番号の記入はしないでください。

該当する方を○で囲んでください。

第37条第1項の規定により、
第37条の2第1項

申請者の名前 _____ 印

申請者の住所 _____

申請者の個人番号 _____

患者との関係 _____

結核の診断名及び合併症名
を記入してください。

抗結核薬の薬剤数及び薬剤名を記入してください。

胸部レントゲン（肺外結核の場合は併せて病巣部の画像）については、申請日の3か月以内に撮影されたものを添付してください。

※胸部レントゲンについては、潜在性結核感染症及び肺外結核の場合であっても、発病や肺病変の否定のため、必ず添付をお願いします。

外科的療法等によって結核の治療を行う場合は適宜記入してください。

直近の結核菌の検査状況を記入してください。

医療機関所在地、医療
機関名及び主治医名
(署名又は記名押印)
記入してください。

※上記の他は、適宜記入をお願いします。

記入上の注意

1. 該当する文字については、その文字

2 密印欄は、初回申請の場合にのみ

3 印欄は、記入しないこと。

4. 「結核菌検査」欄に、過去6ヵ月間

5 「備考」欄は、①既往のフベルタリ

※上記の他は、適宜記入をお願いします。