

感染症(結核)医療費公費負担申請書

年 月 日

岡山県知事 殿

申請者の氏名

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

申請者の住所

(平成10年法律第114号) (第37条・第37条の2)

申請者の個人番号

の規定により, 医療費の公費負担を申請します。

患者との関係

電話

フリガナ患者氏名, 性別, 生年月日, 患者住所, 被保険者等の別, 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, 結核指定医療機関

診 断 書

病名, 合併症, 医療開始(予定)年月日, 入院年月日, 化学療法, 外科的療法, 骨関節結核の装具療法

現 症, 胸部撮影画像略図, 学会分類, 胸部CT画像略図, その他所見

結核菌検査, 検体採取日, 検体種類, 塗抹, 培養, 核酸増幅法, 同定検査

BCG接種歴, ツベルクリン反応検査

クオンティフェロン検査, T-SPOT.TB検査

結核治療歴

治療方針等, 主治医意見

医療機関の所在地, 医療機関の名称, 医師の氏名

※診査会意見, ※診査会結果

裏面に「添付書類」及び「記入上の注意」がありますのでご覧ください。最寄り(居住地)の保健所に申請してください。診査の結果, 医療費公費負担を承認する場合, 始期について, 保健所が受付した日からとなります。

**【添付書類】**

- ・申請前3ヶ月以内に撮影した胸部撮影画像及びCT画像を添付してください。
- ・継続での申請の場合は、前回申請時に添付した画像等もあわせて添付してください。
- ・画像を電子保存している場合は、CDメディアにDICOM規格ファイルで保存したものを添付してください。(JPEGは不可)

**【記入上の注意】**

- 1 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12条に基づく発生届のない患者の申請は、認められません。
- 2 該当する文字については、その文字(頭数字があるときは、その数字のみ。)を○印で囲ってください。
- 3 「医療開始(予定)年月日」欄は、今回の申請に基づく、医療を開始する年月日(予定)を記入してください。
- 4 「入院年月日」欄は、結核治療のために入院した年月日を記入してください。
- 5 「結核菌検査」欄は、過去6ヶ月間に行った検査結果を記入してください。初回治療の場合は、直近の結果を記入してください。
- 6 菌検査中の場合は、その結果が判明しだい、速やかに保健所へ「結核菌検査結果報告書(結核患者の治療状況届)」を提出してください。また、治療中断や終了した場合も提出してください。
- 7 潜在性結核での申請の場合は、「BCG接種歴」「ツベルクリン反応検査」「クオンティフェロン検査」「T-SPOT.TB検査」欄へ必ず記入してください。
- 8 「結核治療歴」欄は、過去の結核治療の状況を記入してください。
- 9 「治療方針等」「主治医意見」欄は、必ず記入してください。
- 10 ※印「診査会意見」「診査会結果」欄は、記入しないでください。

**【個人番号について】**

- 1 個人番号を利用して市町村長から患者等の地方税情報の提供を受ける場合は、個人番号通知書(兼個人番号利用目的同意書)を添付すること。