

結核患者(入院勧告による入院)医療費公費負担申請書(法第37条)

明石市長様 平成 年 月 日

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条の規定により医療費公費負担を申請します。

申請者の氏名 患者との関係

申請者の住所

TEL() 申請者の個人番号

患者の氏名 性別 男・女 生年月日 年 月 日

住 所 TEL

個人番号

保険者等の種別 健保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 介護保険 生保(保護受給中・保護申請中) その他()

健保、共済、国保、介護保険の記号番号 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 月から

診 断 書

病名(1 2) 入院開始日 平成 年 月 日

Table with columns for sputum TB test, TB identification test, chest X-ray, and drug sensitivity test results.

主治医意見1 (口応急入院及び初回入院延長30日) 平成 年 月 日 使用薬剤 INH RFP RBT PZA SM EB KM EVM TH CS PAS LVFX () 副腎皮質ホルモン剤 無・有()

主治医意見2 (口入院再延長30日について) 平成 年 月 日 使用薬剤 INH RFP RBT PZA SM EB KM EVM TH CS PAS LVFX () 副腎皮質ホルモン剤 無・有()

医療機関所在地 医療機関名称 主治医氏名 (印) (又は自署)

※初回及び入院再延長により入院延長3回目ごとに最新の胸部エックス線写真を提出し、前回提出の写真も添付すること。

(以下は保健所使用欄)

Table for health center use with columns for receipt date, number, registration number, and judgment (適・不適).