

結核医療費公費負担制度の利用にあたって

本制度は、「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」に基づき、患者様が安心して適正な医療を受けられるよう、医療費の一部又は全額を公費負担する制度です。
ただし、公費による医療を受けるためには、管轄保健所へ下記書類の提出が必要です。

- ☐ 結核医療費公費負担申請書
現在入院中の病院とご相談の上、必要事項を記載し病院へ提出下さい。
- ☐ 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 条に係る家族状況調査表
次の点に注意しながら、本紙 (表)を記載下さい。
家族状況調査表に同一世帯員 として記載すべき家族は、次の 、 に該当する方です。
配偶者
生計を同一にする患者様の両親、子供、兄弟姉妹、等の絶対的扶養義務者 (民 877 条第 1 項)
患者様と同一住所の方は、原則として同一生計者とみなします。
- ☐ 寡婦 (夫) 控除のみなし適用について (該当する方のみ)

個人番号 (マイナンバー) の提供の同意がある方

- ☐ 住民票の写し
世帯全員分の続柄、個人番号の記載があるもの
- ☐ 同意書 (結—5 号) 別紙 2
詳しくは「別紙 1 個人番号 (マイナンバー) の記載について」をご覧ください。

個人番号 (マイナンバー) の提供の同意がない方

- ☐ 住民票の写し
世帯全員分の続柄の記載があるもの
- ☐ 市町村民税の所得割の額を確認できる書類
家族状況調査表に記載のある方全員分必要です。
結核医療費の自己負担額認定は、家族状況調査表に記載された世帯員の市町村民税の所得割の合算額により決定されます。

区分	書類名称
給与所得者 (サラリーマン)	・市町村民税・県民税特別徴収税額の決定・変更通知書 (年度分) または ・市町村民税・県民税課税 (非課税) 証明書 (年度分)
申告所得者 (自営業・農業等)	・市町村民税・県税税額決定・納税通知書 (年度分) または ・市町村民税・県民税課税 (非課税) 証明書 (年度分)
生活保護受給者	・生活保護受給者証明書
上記以外の方	・市町村民税・県民税課税 (非課税) 証明書 (年度分)

上記書類の発行は、市役所または町役場へ相談ください。
自己負担額認定においては、入院した月の属する年度 (4 月 1 日 ~ 6 月 30 日に入院した方は前年度) の所得割額により行います。故に、4 月 1 日を跨ぎ入院する患者様におかれましては、4 月 1 日時点に、自己負担額認定書類を再度提出頂く必要がありますのでご了承下さい。

不明な点等は、各保健所の結核担当職員にお問い合わせ下さい。

個人番号（マイナンバー）の記載について

「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（以下、番号法）及び番号法の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令」（平成27年厚生労働省令150号）により、感染症法第37条及び第37条の2に基づく医療費公費負担の申請書に、個人番号の記載が必要になりました。

【通知カード】



【個人番号カード】



1 代理人（マイナンバー提供同意者以外の人）が持参する場合

同意書（別紙1） 代理人が署名する場合、 の委任状が必要です。



同意者の個人番号の確認 【下記のいずれか1つ】

- ☐ 同意者の個人番号カード又はその写し 両面
- ☐ 同意者の通知カード又はその写し
- ☐ 同意者の個人番号が記載された住民票の写し



代理権の確認 【下記のいずれか1つ】

- A 法定代理人の場合（同意者が20歳未満の場合の親権者等）
 - ☐ 同意者の健康保険証（原本）
- B 任意代理人の場合（上記以外の者）
 - ☐ 委任状 （別紙3、用件が整っていれば任意様式で構いません。）



代理人の身元の確認

【写真付きのものは下記のいずれか1つ】

- ☐ 代理人の個人番号カード
- ☐ 代理人の運転免許証
- ☐ 代理人の身体障害者手帳
- ☐ 代理人のパスポート

【写真なしのものは下記のいずれか2つ】

- ☐ 健康保険証
- ☐ 年金手帳
- ☐ その他、官公署から発行された書類等

2 マイナンバー提供同意者本人が持参する場合

同意書（別紙１）



同意者の個人番号の確認 【下記のいずれか１つ】

- ☐ 個人番号カード
- ☐ 通知カード
- ☐ 個人番号が記載された住民票



同意者の身元確認

で個人番号カードを提出した方は不要です。

【写真付きのものは下記のいずれか１つ】

- ☐ 同意者の運転免許証
- ☐ 同意者の身体障害者手帳
- ☐ 同意者のパスポート

【写真なしのものは下記のいずれか２つ】

- ☐ 健康保険証
- ☐ 年金手帳
- ☐ その他、官公署から発行された書類等

* 郵送の場合は、同様の書類の写しを送付してください。

* 同意書と委任状は、原本を送付してください。

< 問合先・書類送付先 >

保健所 担当者（ ）
電話番号（ ）
住所 〒

同 意 書

長崎県知事 様

下記の者は、長崎県が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に規定される医療費公費負担申請を処理するために限って、地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

- 記載要領
- 1 同意する者が自ら署名すること。
 - 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
 - 3 申請書などに同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよいこと。

同 意 者	患者との続柄												
	ふりがな 氏 名												
	生年月日	年 月 日											
	住所	☐ 申請者と同居（別居の場合、下記に記載） 〒											
	マイナンバー												
1	マイナンバー 確認書類	(以下、保健所が記載) 同意者 1 の個人番号の確認 ☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 住民票 身元の確認（同意者 1 または代理人） ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ パスポート ☐ その他（ . ） （代理提出の場合）代理権の確認 ☐ 委任状 ☐ 同意者の健康保険証 ☐ その他（ ）											

委 任 状

長崎県知事 様

私は、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に規定される医療費公費負担申請及び行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に規定される個人番号の提供に関する一切の権限を、

受任者（代理人）住所

受任者（代理人）氏名

（委任者との関係）

に委任します。

年 月 日

委任者（同意者）住所

委任者（同意者）氏名

印

（自署の場合は不要）