結核の通院治療を受けられる方へ

結核医療費の公費負担申請の手引き　３７条の2

【対 象 者】

病院や診療所で通院等により結核の治療を受けていて，他の人に対して感染させるおそれのない方です。

【制度の概要】

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より認められ対象医療費の９５％を各種保険と国と函館市で負担し，５％を自己負担として患者本人が支払う制度です。

公費負担の対象となる医療費は，化学療法（抗結核薬による治療）・外科的療法・骨関節結核の装具療法・エックス線検査・結核菌検査に要した費用ならびに外科的療法（手術）および骨関節結核の装具療法のため入院する場合の費用（室料・看護料・入院時医学管理料）とその処置費です。

（例）国民健康保険加入者（3割自己負担）の場合の医療費負担割合

公費負担対象医療費

70%	25%	5%
保険者負担	公費負担	自己負担

公費負担対象外医療費

70%	30%
保険者負担	自己負担

【申請手続き】

本人または，家族の方（医療機関の代行申請も可）が居住地の保健所（函館市に住民登録がある方は函館保健所）に次の書類を提出してください。

① 結核医療費公費負担申請書（患者本人の個人番号，担当医師による診断書の記入も必要）

② 胸部エックス線写真フィルム等

提出された書類は保健所で診査し，承認されると患者票を交付します。

承認されない場合は申請者に通知されます。

【個人番号の記載と本人確認書類】

結核医療費公費負担の申請には，申請書への個人番号の記載と番号確認書類および本人確認書類の提示が必要となります。

① 番号確認書類；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の写しまたは住民票記載事項証明書のいずれか。

② 本人確認書類；個人番号カード，運転免許証，パスポートなど官公署から発行された顔写真のあるもの１点または医療保険証，年金手帳など顔写真のないもの２点のいずれか。

【有効期間】

申請に基づき発行する患者票(公費負担の証明書)の有効期間は6か月を限度とされています。6か月以上治療が必要な方は，有効期間が終了する前までに次の書類をそろえて保健所に継続の申請をしてください。(医療機関の代行申請も可)

① 結核医療費公費負担申請書（担当医師による診断書の記入も必要）
② 胸部エックス線写真フィルム等（最新のもの）

【その他】

（１）公費負担を受けている期間に住所・氏名または保険種別等の変更があった場合は保健所にご連絡ください。
（２）保健所では病気等についての相談や保健師等による訪問指導を行なっております。また，患者さんの病状をより正確に把握するために，医療機関に病状報告をお願いする場合がありますので，予めご了承願います。

【問合せ先】

〒０４０－０００１
函館市五稜郭町２３番１号（函館市総合保健センター　３階）
市立函館保健所　保健予防課
ＴＥＬ(0138)３２－１５４７　ＦＡＸ(0138)３２－１５２６