結核の入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

【対 象 者】

結核を他の人に感染させるおそれがあるため，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く函館市長（保健所長）からの入院勧告または入院期間の延長の通知により，結核病床がある専門病院に入院して治療を受けている方です。

【制度の概要】

結核患者の医療費の負担を軽減し，安心して適正な医療を受けられるように，申請に基づいて，入院に係る医療費（保険診療外は除く）および入院に伴う看護費用の全額を各種保険と国と函館市が負担します。

また，結核以外の合併症については，副作用の治療など結核の回復に必要があると函館市長（保健所長）が認めた場合，その費用を国と函館市が負担します。

ただし，本人および同一生計の家族の収入が一定額を超える場合は，費用の一部を負担していただきます。

【自己負担額】

本人，配偶者および同一生計の直系血族と兄弟姉妹の市町村民税所得割額の合計により自己負担額が決定されます。

患者等の市(町村)民税所得割額の合算額	自己負担額又は費用徴収額
５６４，０００円以下	０円
５６４，０００円超	２０，０００円

年間所得割額５６万４千円以下
自己負担なし

保険者負担	公費負担

年間所得割額５６万４千円超
自己負担：２万円

保険者負担	公費負担	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
③ 当該年度の市（町村）民税所得割額を証明する書類（ただし入院年月日が４月１日から６月３０日までの方は前年度のもの。）

【市（町村）民税所得割額を証明する書類】

本人，配偶者および同一生計の直系血族と兄弟姉妹の方で収入のある方については，次のいずれかの書類を提出してください。

① 市（町村）道民税（非）課税証明書
② 給与所得者に係る特別徴収税額決定通知書
③ 市(町村)民税の税額決定･納税通知書

その他収入のない方は「市(町村)道民税(非)課税証明書」を提出してください。

【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】

有効期間は，入院勧告に基づく入院の場合，入院日から３３日間，入院期間の延長の通知に基づく場合は，３０日間となります。この期間を超えて引き続き入院が必要な場合は，公費負担の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）市（町村）民税所得割額を証明する書類の提出が遅れますと，病院等の事務に支障をきたしますので，自己負担額を正しくすみやかに算出できるようご協力ください。
（３）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