

感染症患者（入院勧告による入院）医療費公費負担申請書（法第 37 条）

枚方市保健所長 様

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。

※申請者が保護者の場合のみ記載

申請者の氏名 患者との関係 (保護者の個人番号)

申請者の住所 TEL() -

ふりがな 患者の氏名	個人番号	性 別	男・女
生年月日	明・大 昭・平 令	年 月 日	住 所 TEL
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） 高齢者医療 その他（ ）		
保険の記号番号	.		

診 断 書

病名(1 2)		入院開始日		年 月 日	
喀痰結核菌検査		結核菌同定検査		胸部エックス線	
実施日	塗抹 (直接・集菌)	培養 (固形・液体)	検体採取日	年 月 日	
月 日			検体種類 1 喀痰、2 吸引痰、3 気管支洗浄液、4 胸水、5 その他	年 月 日撮影	
月 日			検査法()	※による写真提出時、及び主治医が特に必要と認めるときに記載のこと	
月 日			結果(+ - 検査中)		
月 日			検体採取日	年 月 日	
月 日			検体種類 1 喀痰、2 吸引痰、3 気管支洗浄液、4 胸水、5 その他		
月 日			検査法()		
月 日			結果(+ - 検査中)		
主治医意見 1 (口応急入院及び初回入院延長 30 日 又は 口入院再延長 30 日について		年 月 日		使用薬剤 INH RFP PZA SM EB KM TH CS PAS LVFX RBT DLM BDQ () 副腎皮質ホルモン剤 無・有()	
非結核性抗酸菌症判明の場合菌名 () (初回のみ)		口 () のため入院延長が必要と考えられる。			
主治医意見 2 (入院再延長 30 日について)		年 月 日		使用薬剤 INH RFP PZA SM EB KM TH CS PAS LVFX RBT DLM BDQ () 副腎皮質ホルモン剤 無・有()	
口 () のため入院延長が必要と考えられる。					
主治医意見 3 (入院再延長 30 日について)		年 月 日		使用薬剤 INH RFP PZA SM EB KM TH CS PAS LVFX RBT DLM BDQ () 副腎皮質ホルモン剤 無・有()	
口 () のため入院延長が必要と考えられる。					
医療機関所在地		医療機関名称		主治医氏名	

※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画像を提出し、前回提出の写真も添付すること。

(以下は保健所使用欄)

受理年月日	年 月 日 (郵送・持参)	病型	判定	適・不適
受理番号	No.	19 条・20 条及び 37 条	個人番号等確認	本人□保護者□
登録票番号	No.		受給者番号	