



9 健 対 第 6 4 5 号  
平成 2 9 年 5 月 1 5 日

一般社団法人京都私立病院協会会長様

京都府健康福祉部健康対策課長  
(公印省略)

結核患者医療費公費負担申請書の改正について

平素は、京都府の健康福祉行政の推進に格別の御配慮をいただき、厚くお礼申し上げます。

平成 27 年 11 月 24 日付けで「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る医療の公費負担の取扱いについて」（平成 11 年 3 月 19 日付け健医発第 455 号）が改正されたことに伴い、結核患者医療費公費負担申請書への個人番号の記入が必要となりました。

つきましては、別添のとおり改正し本年 6 月 1 日より適用しますので、お手数をお掛けいたしますが、貴会会員への周知及び今後の円滑な運用について御協力いただきますようよろしくお願いいたします。

なお、当面の間、旧申請書よる申請も受け付けますが、新申請書に順次切換えていただきますよう併せてお願いいたします。

結核患者医療費公費負担申請書 A

【初回・継続・変更】申請

平成 年 月 日

京都府知事 様

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  
第37条の2 の規定  
により医療費公費負担を申請します。

ふりがな 申請者の氏名 患者との関係 本人・保護者  
その他( )

申請者の住所

申請者の個人番号 ※

※申請者が患者本人の場合は省略できます。

ふりがな 患者の氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住 所					
	TEL ( )				
個人番号 (初回申請時のみ記載)					
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)		
	生保(受給中・申請中)		後期高齢者医療		その他( )
被保険者証の記号・番号					

**【留意事項】**  
法第37条による申請で、病状等やむを得ない事由がある場合は、医療機関と相談のうえ、申請手続きを代行してもらうことができます。この場合、記入後の申請書は封筒に入れて医療機関に提出してください。

**【保健所記入欄】**

番号確認書類 (初回申請時のみ)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号付き住民票 <input type="checkbox"/> 公的機関が発行した個人番号記載書類 <input type="checkbox"/> その他( )				
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード 1点で確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他( )				
	2点で確認 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他( )				

備考

收受日   平成 年 月 日 < 郵送・持参・その他( ) >   確認者

記入上の注意：該当する文字を○で囲むこと。□は該当すればチェック☑すること。

## 結核患者医療費公費負担申請書 B (診断書) 【37条・37条の2】

平成 年 月 日

患者の氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住 所	〒 市	(TEL )			

診 断 名	肺結核 結核性胸膜炎 結核性膿胸 肺門リンパ節結核 粟粒結核 結核性髄膜炎 脊椎結核 潜在性結核感染症 他の骨・関節結核 ( ) 他のリンパ節結核 ( ) 尿路結核 他の肺外結核 ( )
-------	--

合併症	有・無 塵肺 糖尿病 低肺機能 肝障害 高血圧症 その他 (アルコール障害 難病 ステロイドホルモン使用 腎透析 HIV)
-----	---

医療開始予定年月日	年 月 日	申請時	入院・通院	入院年月日	年 月 日
-----------	-------	-----	-------	-------	-------

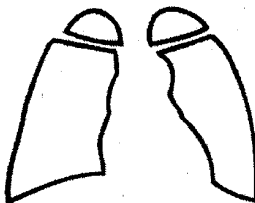
化学療法	1 初回治療	1 抗結核薬 ( ) 剤使用	1 薬品名 INH・RFP・RBT・PZA・SM・EB・LVFX KM・TH・EVM・PAS・CS・DLM
	2 再治療		2 1のうち局所療法に用いるもの ( )
	3 継続	2 副腎皮質ホルモン剤	薬品名 ( )

外科的療法	1 装具・その他 2 その他 ( )	収容日数	術前 日間, 術後 日間
-------	--------------------	------	--------------

結核に関する既往の医療 (初回のみ記入)	年 月 ~ 年 月	INH・RFP・SM・EB・PAS・PZA・その他 ( )
----------------------	-----------	-------------------------------

初めて結核と診断された時期	年 月 頃	BCG接種歴(無・有 年 月 日)
---------------	-------	-------------------

最新のIGRA ( 年 月 日) QFT・T-spot (陽性・陰性・判定保留・不可)	最新のツ反( 年 月 日) 副反応(硬結・二重発赤・水疱・潰瘍)	陽転時期( 年 月 頃) × × ( × )
---	-------------------------------------	------------------------------

喀痰結核菌検査			結核菌同定検査		胸部エックス線	薬剤感受性検査成績					
実施日	塗抹 (直接・集菌)	培養 (固体・液体)	検体採取日 平成 年 月 日	検体種類 (喀痰・他( ))		菌株日	平成 年 月 日		濃度	感受性	
月 日			診 断 時	検査法( )		INH	0.2	感	耐		
月 日				結果(陽性・陰性・検査中・未実施)		RFP	40	感	耐		
月 日			培 養 後	検査法( )		PZA	-	感	耐		
月 日				検体採取日 平成 年 月 日		結果(陽性・陰性・検査中・未実施)	SM	10	感	耐	
月 日			検体種類 (喀痰・他( ))	病型( )		EB	2.5	感	耐		
月 日			検査法( )	平成 年 月 日撮影		KM	20	感	耐		
月 日			結果(陽性・陰性・検査中・未実施)	※最新の胸部X線所見を記載のこと		TH	20	感	耐		
月 日						EVM	20	感	耐		
月 日						PAS	0.5	感	耐		
月 日						CS	30	感	耐		
月 日					LVFX	1	感	耐			

主治医意見

今後の治療方針	1. 標準治療(6箇月治療・9箇月治療) (いずれかに○印) で治療の予定 2. 次の理由により入院延長・治療延長が必要 ( ) 3. 感染症の診査に関する協議会の意見が聞きたい ( ) 4. その他、標準治療以外の治療など ( ) 5. 標準治療未実施理由 (高齢のため・副作用のため・薬剤耐性のため・その他< >)
---------	---

医療機関所在地	※申請毎に最新のX線写真を提出し、継続の場合には、前回提出のX線写真も添付すること。
医療機関名称	
主治医氏名	

(以下は保健所使用欄)

受理年月日	平成 年 月 日	病型	19条・20条 及び37条 37条の2	判定	適・不適
受理番号No.				受給者番号	
登録番号No.				自己負担額	無・20,000円

結核医療費公費負担申請書の提出方法【郵送・持参・その他 ( )】

結核患者医療費公費負担申請書 A

【初回・継続・変更】申請

平成 年 月 日

京都市長 様

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  
により医療費公費負担を申請します。

第37条  
第37条の2 の規定

ふりがな  
申請者の氏名

患者との  
関係

本人・保護者  
その他( )

申請者の住所

申請者の個人番号 ※

※申請者が患者本人の場合は省略できます。

ふりがな 患者の氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住 所	市 TEL ( )				
個人番号 (初回申請時のみ記載)					
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)		
	生保(受給中・申請中)		後期高齢者医療		その他( )
被保険者証の記号・番号					

【留意事項】

法第37条による申請で、病状等やむを得ない事由がある場合は、医療機関と相談のうえ、申請手続きを代行してもらうことができます。この場合、記入後の申請書は封筒に入れて医療機関に提出してください。

【京都市医療衛生センター記入欄】

番号確認書類 (初回申請時のみ)  個人番号カード  通知カード  個人番号付き住民票  公的機関が発行した個人番号記載書類  その他( )

本人確認書類  個人番号カード  
 1点で確認  運転免許証  パスポート  身体障害者手帳  その他( )  
 2点で確認  健康保険証  住民票  生活保護受給証明書  年金手帳  その他( )

備考

收受日 平成 年 月 日 < 郵送・持参・その他( ) > 確認者

記入上の注意：該当する文字を○で囲むこと。□は該当すればチェック☑すること。

**結核患者医療費公費負担申請書 B (診断書) 【37条・37条の2】**

平成 年 月 日

患者の氏名	性別	男・女	生年月日	年 月 日
住所	〒 市 (TEL )			

診断名 肺結核 結核性胸膜炎 結核性膿胸 肺門リンパ節結核 粟粒結核 結核性髄膜炎 脊椎結核 潜在性結核感染症  
 他の骨・関節結核 ( ) 他のリンパ節結核 ( ) 尿路結核 他の肺外結核 ( )

合併症 有・無 塵肺 糖尿病 低肺機能 肝障害 高血圧症 その他 (アルコール障害 難病 ステロイドホルモン使用 腎透析 HIV)

医療開始予定年月日 年 月 日 申請時 入院・通院 入院年月日 年 月 日

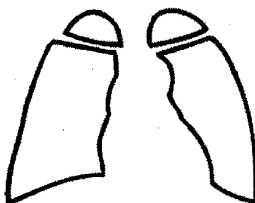
化学療法	1 初回治療	1 抗結核薬 ( ) 剤使用	1 薬品名 INH・RFP・RBT・PZA・SM・EB・LVFX KM・TH・EVM・PAS・CS・DLM
	2 再治療		2 1のうち局所療法に用いるもの ( )
	3 継続	2 副腎皮質ホルモン剤	薬品名 ( )

外科的療法 1 装具・その他 2 その他 ( ) 収容日数 術前 日間, 術後 日間

結核に関する既往の医療 (初回のみ記入) 年 月 ~ 年 月 INH・RFP・SM・EB・PAS・PZA・その他 ( )

初めて結核と診断された時期 年 月 頃 BCG接種歴 (無・有 年 月 日)

最新のIGRA ( 年 月 日) 最新のツ反 ( 年 月 日) 陽転時期 ( 年 月 頃)  
 QFT・T-spot 副反応 (硬結・二重発赤・水疱・潰瘍)  X  ( X )  
 ( 陽性・陰性・判定保留・不可)

喀痰結核菌検査			結核菌同定検査		胸部エックス線	薬剤感受性検査成績				
実施日	塗抹 (直接・集菌)	培養 (固体・液体)	検体採取日 平成 年 月 日	検体種類 (喀痰・他 ( ) )		菌株日	平成 年 月 日	薬剤名	濃度	感受性
月 日			診断時	検査法 ( )		INH	0.2	感	耐	
月 日				結果 (陽性・陰性・検査中・未実施)		RFP	40	感	耐	
月 日				培養後		検体採取日 平成 年 月 日	PZA	-	感	耐
月 日						検体種類 (喀痰・他 ( ) )	SM	10	感	耐
月 日						検査法 ( )	EB	2.5	感	耐
月 日			結果 (陽性・陰性・検査中・未実施)			KM	20	感	耐	
月 日						TH	20	感	耐	
月 日				病型 ( )		EVM	20	感	耐	
月 日				平成 年 月 日 撮影		PAS	0.5	感	耐	
月 日				※最新の胸部X線所見を記載のこと		CS	30	感	耐	
月 日					LVFX	1	感	耐		

主治医意見

今後の治療方針

- 標準治療 (6箇月治療・9箇月治療) (いずれかに○印) で治療の予定
- 次の理由により入院延長・治療延長が必要 ( )
- 感染症の診査に関する協議会の意見が聞きたい ( )
- その他、標準治療以外の治療など ( )
- 標準治療未実施理由 (高齢のため・副作用のため・薬剤耐性のため・その他< >)

医療機関所在地 \_\_\_\_\_  
 医療機関名称 \_\_\_\_\_  
 主治医氏名 \_\_\_\_\_ (印) (又は自署)

※申請毎に最新のX線写真を提出し、継続の場合には、前回提出のX線写真も添付すること。

(以下は京都市医療衛生センター使用欄)

受理年月日	平成 年 月 日	病型	19条・20条 及び37条 37条の2	判定	適・不適
受理番号	No.			受給者番号	
登録番号	No.			自己負担額	無・20,000円

結核医療費公費負担申請書の提出方法【郵送・持参・その他 ( )】

参考

平成29年5月15日

結核指定医療機関 各位

京都府健康福祉部健康対策課  
 (感染症対策担当 TEL075-414-4723)  
 京都市保健福祉局医療衛生推進室健康安全課  
 (感染症予防担当 TEL075-222-4421)

**結核医療費公費負担申請に係る個人番号（マイナンバー）の記載及び様式変更について**

時下、益々御清祥のこととお喜び申し上げます。

平素は、京都府及び京都市における健康福祉行政の推進に御協力いただき、誠にありがとうございます。

さて、「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」（「マイナンバー法」）が施行されたことに伴い、標記の件について取扱い等を変更し、本年6月1日から適用いたしますので、別紙を御確認いただき、御理解、御協力いただきますようよろしくお願いいたします。

なお、申請等について御不明な点等ございましたら、京都府健康対策課又は京都市健康安全課、若しくは以下の保健所・京都市医療衛生センターへお問い合わせいただきますよう、重ねてお願い申し上げます。

【京都府保健所・京都市医療衛生センター一覧】

保健所	担当	管轄区域	連絡先	
			TEL	FAX
乙訓保健所	保健室	向日市、長岡京市、大山崎町	075-933-1153	932-6910
山城北保健所		宇治市、城陽市、八幡市、京田辺市、久御山町、井手町、宇治田原町	0774-21-2192	24-6215
山城南保健所		木津川市、笠置町、和束町、精華町、南山城村	0774-72-0981	72-8412
南丹保健所		亀岡市、南丹市、京丹波町	0771-62-2979	63-0609
中丹西保健所		福知山市	0773-22-6381	22-0429
中丹東保健所		舞鶴市、綾部市	0773-75-0806	76-7746
丹後保健所		宮津市、京丹後市、伊根町、与謝野町	0772-62-4312	62-4368
京都市医療衛生センター※	感染症担当	京都市	075-746-7200	251-7233

※ 平成29年4月1日から京都市の届出窓口が「京都市医療衛生センター」（市内共通）の1箇所に変わりました。

## 医療機関のみなさまへ

## 結核医療費公費負担申請書への個人番号（マイナンバー）の記入及び様式変更について

「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」の施行に伴い、結核医療費公費負担申請書に個人番号（マイナンバー）の記載が必要となりました。

これに伴い、申請書を「申請書A」と「申請書B（診断書）」に分け、以下のとおり取り扱うこととしますので、御理解、御協力いただくとともに申請者への案内につきましても御配慮いただきますよう、お願い申し上げます。

## 1 申請の手順

- ① 結核と診断された方又はその保護者（以下、「申請者」という。）に公費負担制度を説明のうえ、申請書Aの記入について御案内ください。
- ② 医療機関において、申請書B（診断書）に記入いただき、保健所・京都市医療衛生センターへFAX送信してください（保健所・京都市医療衛生センターでは、FAX受信日を申請書受理日として取扱います）。
- ③ 申請書B（診断書）の原本、X線写真など、公費負担申請に必要な書類等を申請者に渡し、申請書Aとともに保健所・京都市医療衛生センターもしくは京都市各区支所の医療衛生コーナーへ提出するよう御案内ください。

## 2 個人番号の記入について

## (1) 申請書Aには初回申請時のみ、個人番号の記載が必要です。

申請者に対し、個人番号を記入のうえ、個人番号カード又は以下の①と②の確認書類を保健所・京都市各区支所の医療衛生コーナーへ提示するよう御案内ください（郵送の場合は写しを提出）。

## ①個人番号が確認できる書類

例：通知カード、個人番号付きの住民票等

## ②本人確認ができる書類

例：運転免許証、旅券（パスポート）等の顔写真付き本人証明書

## ※ 個人番号がわからない場合等の対応

認定事務を円滑に進めるため、個人番号がわからない場合や（1）の確認書類が揃わない等、申請書作成時に準備が整わない場合でも、申請に必要な書類を速やかに提出するよう御案内ください。

個人番号を記入せずに提出された場合は、保健所・京都市各区支所の医療衛生コーナーの職員が、後日、確認いたします。

## (2) 医療機関が個人番号を保存等することがないように、お取扱いください。

申請書Aに記入された個人番号は、医療機関が誤って収集・保管しないようにしてください。

## 【注意事項】

## ○申請書Aに個人番号を記載いただくのは、「初回申請時のみ」です。

初回申請時に個人番号を把握するため、継続申請や薬剤変更の際には記入する必要はありません。

## ○医療機関が個人番号を収集・保管等することはできません。

（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第20条）

## ○患者等が病状等やむを得ない事由により申請手続きが困難な場合は、医療機関が申請を代行してください。

なお、この場合の取扱いについては裏面を参照してください。

## 医療機関が申請を代行する場合の取扱いについて

独居の方が入院する場合や病状等により申請書が記入できない場合など、やむを得ない事由があるときは、以下のとおり、医療機関において申請手続きを代行していただきますようお願いします。

## ■ 申請の手順

## 【申請者が申請書Aに記入できる場合】

- ① 申請者に公費負担制度を説明のうえ、申請書Aの記入について御案内ください。この際、記入後の申請書Aについては、封筒に入れて医療機関に提出するよう依頼してください。
- ② 医療機関において、申請書B（診断書）に記入いただき、保健所・京都市医療衛生センターへFAX送信してください（保健所・京都市医療衛生センターでは、FAX受信日を申請書受理日として取り扱います）。
- ③ 申請者から、記入した申請書Aが入った封筒を受け取り、申請書B（診断書）の原本、X線写真などの必要書類等と合わせて保健所・京都市医療衛生センターへ送付してください。

## 【申請者が申請書Aに記入できない場合】

- ① 医療機関において、申請書Aの記入を代行するとともに、申請書B（診断書）を記入してください。
- ② 記入した申請書B（診断書）のみを保健所・京都市医療衛生センターへFAX送信してください（保健所・京都市医療衛生センターではFAX受信日を、申請書受理日として取扱います）。
- ③ 申請書A、申請書B（診断書）の原本、X線写真など必要書類等と合わせて保健所・京都市医療衛生センターへ送付してください。

※ 個人番号の取扱いについては、表面の「2 個人番号の記入について」を参照してください。

なお、医療機関が申請書Aの記入を代行する場合は、「個人番号がわからない場合等の対応」に準じて、速やかに関係書類等の送付をお願いします。



## 結核医療費公費負担申請の取扱いについてのQ & A

(マイナンバー制度への対応：医療機関用)

申請に当たっては、患者さん等が自ら保健所に申請されることが基本ですが、病状等やむを得ない事由により申請手続きが困難な場合は、医療機関と相談のうえ、代行してもらうことができます。

京 都 府  
京 都 市

Q 1 これまで1枚だった申請書が2枚に分かれましたが、なぜですか。

A 1 申請に当たっては、患者さんがあらかじめ申請書Aに必要事項を記入の上（マイナンバーも記載された状態で）医療機関に持参されることを基本としました。

1枚の申請書では、マイナンバー部分がマスキングされていないと医師が申請書の診断書部分に記入するときなどに目に触れますので、申請書をAとB（診断書）の2枚に分けることで患者さん等がマスキングする御負担を軽減することを目的としています。

Q 2 患者さん等が持参された申請書Aが未記入の場合どうすればいいですか。

A 2 患者さん等の申請される意思を明確にするためにも、患者さん等に記入をお願いしてください。

ただし、マイナンバーがその場で確認できない等のケースがありますので、そのときは、その場で記入は避け、後日、保健所（京都市各区支所の医療衛生コーナー）の職員が患者さんのお宅を訪問する際に申請書Aへの追記をお願いすることになります。

なお、感染症法第37条に基づく申請の場合には、厚生労働省通知により「患者の病状等やむを得ない事由により、当該患者等が申請書を作成することができない場合には、勧告保健所又は感染症指定医療機関が申請書の作成を代行することができる」とされています。

Q 3 法第37条の2の患者さんについては、これまでは、医療機関から保健所（京都市医療衛生センター）に申請書をFAX送信して、保健所では着信日を受付日としていましたが、今後はどのようにすればいいのですか。

A 3 これまでどおり、保健所へのFAX着信日をもって受付日とします。

申請書Aにマイナンバーが記載されていない場合も含め、医療機関から保健所（京都市医療衛生センター）にFAX送信していただくのは、申請書B（診断書）のみで構いません。

Q 4 申請書AもFAX送信する必要はありませんか。

A 4 あらかじめ申請書Aに記入されていることを前提に、申請書B（診断書）を送信いただくことで、患者さん等に申請の意思があるものと見なします。

しかし、誤ってマイナンバーの記載された申請書Aが、マスキングされずに申請書B（診断書）と一緒に誤送信される場合も想定されますので、万全を期して申請書B（診断書）のみの受信をもって申請を受け付けます。

また、送信時に患者さん等のマイナンバーが医療機関の職員の目に触れることを避けるためにも、申請書Aを送信しないことが合理的です。

ただし、申請書Aについても、速やかに提出していただく必要がありますので、患者さんの記入、提出の状況を確認してください。

Q 5 申請書Aにマイナンバーが記載されていなければ、申請書B（診断書）と一緒にFAX送信しても問題ないと思いますが。

A 5 問題はありませんが、医療機関でのお手続きを簡素化して御負担を軽減するため、申請書B（診断書）のみFAX送信していただくことで統一します。

Q 6 保健所（医療衛生センター）にFAX送信した後は、どのように対応すればいいですか。

A 6 多くの医療機関では、医療機関から申請書を郵送いただいておりますが、患者さんに申請書AとB（診断書）を封筒に同封していただき、厳封して医療機関から保健所（医療衛生センター）に郵送してください。

FAX送信後、速やかに申請書A及び申請書B（診断書）を郵送いただきますよう、御協力をお願いします。

なお、患者さん等が保健所（京都市各区支所の医療衛生コーナー）に直接持参される場合は、患者さんに封筒を渡して申請書AとB（診断書）を一緒に入れてもらってください。

Q 7 申請書を送付する費用は、誰が負担するのですか。

A 7 申請書の送付に要する費用は、患者さん等が負担されるのが基本と考えますが、各医療機関の御事情等に合せて従前の例に倣っていただいても差し支えありません。

## 対応のフロー（医療機関で代行される場合）

