



⑦



入院勧告に基づく入院治療の医療費公費負担制度（37条）



★ 対象者

「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「入院勧告」及び「入院期間の延長の通知」により結核病床に入院して治療を行っている方。

★ 対象となる医療費

①診察 ②薬剤または治療材料の支給 ③医学的処置・手術及びその他の治療 ④入院及びその療養に伴う世話その他の看護（食事代含）

（差額ベッド代、電気代、診断書料等保険の適用にならない費用は公費負担の対象にはなりません）

★ 自己負担額

本人、配偶者及び同一生計の直系家族の収入に応じ、費用の一部を負担していただきます。

* 合計年間所得税額：147万円以下
自己負担なし（0円）

保 険	公 費
-----	-----

* 合計年間所得税額：147万円以上
自己負担あり（2万円／月）

保 険	公 費
-----	-----



★ 申請に必要な書類

- 1 結核医療費公費負担申請書・・・保健所又は病院にあります。
- 2 世帯調書〔別紙1〕・・・太枠内のみ記載してください。
- 3 健康保険証の写し・・・患者さんの保険証。保健所でコピーします。
- 4 住民票（患者さんと同一住所全員。続柄の記載されているもの）
- 5 所得税額を証明する書類・・・世帯調書に記載されている方のうち、入院費負担義務者（別紙参照）の所得税額を証明する書類。所得のない方も、ないことを証明。

（1）確定申告をしていない方

ア 給与所得者・・・事業所発行の「H 年分※の源泉徴収票」

イ 年金受給者・・・年金事務所発行の「H 年分※の年金等の源泉徴収票」

（2）確定申告している方

税務署発行の「平成 年分※納税証明書（その1）」

（3）生活保護を受けている方

福祉事務所発行の「受給証明書」



(4) その他収入のない方

市役所で発行した「市・県民税（非）課税証明書」

※入院が1月1日～5月31日までの方…前々年分、6月1日～12月31日までの方…前年分
なお、5月と6月をまたいで入院している方は両方が必要となります。

★ その他

公費負担を受けている期間に住所・氏名・保険の種別等の変更があった場合は御連絡ください。

お問い合わせ・御相談は・・・