

結核医療費公費負担制度の利用にあたって

本制度は、「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」に基づき、患者様が安心して適正な医療を受けられるよう、医療費の一部又は全額を公費負担する制度です。ただし、公費による医療を受けるためには、管轄保健所へ下記書類の提出が必要です。

- 結核医療費公費負担申請書
現在、**治療中**の病院とご相談の上、必要事項を記載し病院へご提出ください。
- 個人番号（マイナンバー）に関する書類**
*個人番号の提供同意者名（）
詳しくは「別紙1 個人番号（マイナンバー）の記載について」をご覧ください。
- 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条に係る家族状況調査表
次の点に注意しながら、本紙の(表)を記載下さい。
本調査書に同一世帯員*として記載すべき家族は、次の①、②に該当する方です。
①配偶者
②生計を同一にする患者様の両親、子供、兄弟姉妹、等の絶対的扶養義務者（民877条第1項）
*患者様と同一住所の方は、原則として同一生計者とみなします。
- 住民票 ***続柄、個人番号（個人番号の提供同意者のみ）の記載があるもの**
調査表一本紙(表)に記載した世帯員全員が記載されている住民票を一部。
市役所又は町役場にて住民票の交付を受け、保健所にご提出ください。
- 所得税額を証明するもの
結核医療費の自己負担額認定は、調査票－(表)面に記載された世帯員の所得税額の合算額により決定されます。以下を参考に世帯員全員の証明書を保健所にご提出ください。
※マイナンバー制度による情報連携が本格運用されるまでは、添付書類の提出をお願いします。

区分	発行元	書類名称
・給与所得者（サラリーマン）	勤務先	源泉徴収票（ 年分）
・申告所得者（自営業・農業等）	税務署	所得税の納税証明書(その1)（ 年分）
・年金受給のみ	社会保険事務所	源泉徴収票（はがき）（ 年分）
・年金受給者で確定申告した方	税務署	所得税の納税証明書（ 年分）
・生活保護受給者	福祉事務所	生活保護受給者証明書
・申告無の者（無職・扶養にある）	市役所、町役場	市町県民税(非)課税証明書（ 年度分）

所得税額証明に係る諸注意

- (1) 給与所得と譲渡所得の両方がある場合は、源泉徴収票と所得税納税証明書の両方が必要です。
- (2) 納税証明書を税務署に求める場合は、証明手数料が不要の場合もあるので、税務署窓口にて結核医療の自己負担額認定のために用いることを教えてください。
郵送でも取得可能です。詳細は、担当職員にお問い合わせください。
- (3) 自己負担額認定においては、6月1日～12月31日に入院した者は前年の所得税額で、1月1日～5月31日に入院した者は前々年の所得税額により行ないます。故に、6月1日を跨ぎ入院する患者様におかれましては、6月1日時点で、自己負担額認定書類を再度、提出頂く必要がありますのでご了承ください。
- (4) 市町県民税(非)課税証明書は、市町発行の書式又は様式B号をご利用ください。

★不明な点等は、各保健所の結核担当職員にお問い合わせください。

個人番号（マイナンバー）の記載について

「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（以下、番号法）及び番号法の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令」（平成27年厚生労働省令150号）により、感染症法第37条及び第37条の2に基づく医療費公費負担の申請書に、個人番号の記載が必要になりました。

【通知カード】



【個人番号カード】



1 代理人（マイナンバー提供同意者以外の人）が持参する場合

①同意書（別紙2） ※代理人が署名する場合、③の委任状が必要です。



②同意者の個人番号の確認 【下記のいずれか1つ】

- 同意者の個人番号カード又はその写し ※両面
- 同意者の通知カード又はその写し
- 同意者の個人番号が記載された住民票の写し



③代理権の確認 【下記のいずれか1つ】

- A 法定代理人の場合（同意者が20歳未満の場合の親権者等）
 - 同意者の健康保険証（原本）
- B 任意代理人の場合（上記以外の者）
 - 委任状（別紙3、用件が整っていれば任意様式で構いません。）



④代理人の身元の確認

【写真付きのものは下記のいずれか1つ】

- 代理人の個人番号カード
- 代理人の運転免許証
- 代理人の身体障害者手帳
- 代理人のパスポート

【写真なしのものは下記のいずれか2つ】

- 健康保険証
- 年金手帳
- その他、官公署から発行された書類等

2 マイナンバー提供同意者本人が持参する場合

①同意書（別紙2）



②同意者の個人番号の確認 【下記のいずれか1つ】

- 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



③同意者の身元確認

※②で個人番号カードを提出した方は不要です。

【写真付きのものは下記のいずれか1つ】

- 同意者の運転免許証
- 同意者の身体障害者手帳
- 同意者のパスポート

【写真なしのものは下記のいずれか2つ】

- 健康保険証
- 年金手帳
- その他、官公署から発行された書類等

* 郵送の場合は、同様の書類の写しを送付してください。

* 同意書と委任状は、原本を送付してください。

<問合せ先・書類送付先>

保健所 担当者（ ）

電話番号（ ）

住所 〒

同意書

長崎県知事 様

下記の者は、長崎県が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規定される医療費公費負担申請を処理するために限って、地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

- 記載要領
- 1 同意する者が自ら署名すること。
 - 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
 - 3 申請書などに同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよいこと。

同意者	患者との続柄	
	ふりがな 氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居(別居の場合、下記に記載) 〒
	マイナンバー	
1	マイナンバー 確認書類	(以下、保健所が記載) ① 同意者1の個人番号の確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 ② 身元の確認(同意者1または代理人) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他() ③ (代理提出の場合)代理権の確認 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 同意者の健康保険証 <input type="checkbox"/> その他()

同意者 2	患者との続柄	
	ふりがな 氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居(別居の場合、下記に記載) 〒
	マイナンバー	
マイナンバー 確認書類	(以下、保健所が記載) ① 同意者2の個人番号の確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 ② 身元の確認(同意者2または代理人) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他() ③ (代理提出の場合)代理権の確認 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 同意者の健康保険証 <input type="checkbox"/> その他()	

同意者 3	患者との続柄	
	ふりがな 氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居(別居の場合、下記に記載) 〒
	マイナンバー	
マイナンバー 確認書類	(以下、保健所が記載) ① 同意者3の個人番号の確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 ② 身元の確認(同意者3または代理人) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他() ③ (代理提出の場合)代理権の確認 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 同意者の健康保険証 <input type="checkbox"/> その他()	

委任状

長崎県知事 様

私は、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規定される医療費公費負担申請及び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に規定される個人番号の提供に関する一切の権限を

受任者(代理人)住所

受任者(代理人)氏名

(委任者との関係)

に委任します。

年 月 日

委任者(同意者)住所

委任者(同意者)氏名

印

(自署の場合は不要)

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 第37条に係る家族状況調査表

調査年月日	平成 年 月 日現在
結核入院開始日	平成 年 月 日

患者氏名		扶養義務者	代表者氏名	
入院医療機関名			電話	

番号	同一世帯員*の氏名	性別	年齢	続柄	職業	個人番号	所得税額
1		男・女		本人		<u>あり</u> <u>なし</u>	円
2		男・女		患者の		<u>あり</u> <u>なし</u>	円
3		男・女		患者の		<u>あり</u> <u>なし</u>	円
4		男・女		患者の		<u>あり</u> <u>なし</u>	円
5		男・女		患者の		<u>あり</u> <u>なし</u>	円
6		男・女		患者の		<u>あり</u> <u>なし</u>	円
7		男・女		患者の		<u>あり</u> <u>なし</u>	円
8		男・女		患者の		<u>あり</u> <u>なし</u>	円
9		男・女		患者の		<u>あり</u> <u>なし</u>	円
10		男・女		患者の		<u>あり</u> <u>なし</u>	円
所得税額の合計							円