

感染症患者医療費公費負担申請書別紙（同意書）

年 月 日

大阪市長 様

住 所

氏 名

感染症患者医療費公費負担申請に係る認定審査にあたり、次の事項に同意します。

記

☐ 本申請の認定審査にあたり、市担当職員において、申請者・申請者と同一世帯全員の住民基本台帳関係公簿の確認及び市民税等に関する課税情報を確認すること。

☐ 生活保護受給情報、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、また必要に応じて他の関係公簿を確認（個人番号による情報照会含む）すること。

☐ 本申請の認定審査にあたり、医療機関から健康保険被保険者証などの申請に係る患者情報について提供を受けること。

（PMH システムによるオンライン資格確認※を希望する場合は、下記項目も合わせてチェックをお願いします。）

☐ 「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」に基づき結核患者の医療に係る費用負担の申請のため「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」に定められている範囲内で情報を取り扱うこと。

※PMH システムによるオンライン資格確認：マイナンバーカード提示で医療費助成の資格をオンライン確認でき、紙の受給者証が不要になります。（但し、PMH 対応の医療機関・薬局に限るので、念のため受給者証もご持参ください。）