

結核医療費公費負担申請附属調書

年 月 日 受理

| | | | | | |
|------|---------------------------------|----------|-------------|-------|-------------------------------------|
| 患者 | ふりがな | | 初診の時期・医療機関 | 年 月 日 | |
| | 氏名 | | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日生 歳 | 既往歴 | 結核 | 既往歴〔あり・なし〕 病名〔 〕 歳～ 歳頃（治療：あり・なし） |
| | 住所 | 電話（ ） - | | 結核以外 | 既往歴〔あり・なし〕 病名〔 〕 歳～ 歳頃（治療：あり・なし） |
| | 職業 | 具体的に | 1年以内の胸部X線検査 | | 年 月〔健康診断・その他〕受診・未受診結果： |
| | 勤務先又は学校名 | | 世帯主 | 氏名 | |
| | 所在地 | 電話（ ） - | | 続柄 | |
| | | 職業 | | | |
| 住宅状況 | 独立家屋・高層住宅・アパート・文化住宅・長屋・寮・その他（ ） | | | | |

家族(患者及び同居者を含む)の状況

| | 氏名 | 世帯主との続柄 | 生年月日 | 職業 | | 結核の既往 | BCG歴 | 健康診断の有無 | 備考 |
|------------|--------|---------|------|----|-----|-------|------|---------|----|
| | | | | 職業 | 勤務先 | | | | |
| 患者の属する世帯構成 | (患者本人) | | . . | ★ | ★ ★ | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |
| | | | . . | | | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |
| | | | . . | | | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |
| | | | . . | | | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |
| | | | . . | | | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |
| | | | . . | | | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |

世帯外扶養義務者

| | 氏名 | 世帯主との続柄 | 生年月日 | 職業 | | 結核の既往 | BCG歴 | 健康診断の有無 | 住所及び備考 |
|-------|----|---------|------|----|-----|-------|------|---------|--------|
| | | | | 職業 | 勤務先 | | | | |
| 扶養義務者 | | | . . | | | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |
| | | | . . | | | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |
| | | | . . | | | 有・無 | 有・無 | 有・無 | |

※ 保健福祉センター使用欄

| | | | | | |
|----------|---|---------|---|---|-----|
| 所得税額の合算額 | 円 | 自己負担認定額 | 月 | 円 | 適用： |
|----------|---|---------|---|---|-----|

(記載要領)

- 「世帯構成」の欄には、患者の世帯構成員全員を記載してください。
- 「続柄」は、世帯主から見た続柄です。
- 「世帯外扶養義務者」の欄は、住所は別であるが患者本人を生計を一にしている「絶対的扶養義務者」がいる場合に記載してください。
- 「絶対的扶養義務者」とは、患者の配偶者及び三親等以内の直系血族並びに兄弟姉妹をいいます。
(兄弟姉妹の配偶者、甥姪、叔父、叔母、配偶者の両親や兄弟姉妹は含みません。)
- 健康診断の有無は、職場・学校における健康診断、住民健康診断、又はその他健康診断の有無について記載してください。