

結核医療費公費負担申請フォーム

申請者向けマニュアル①

～ 新規の申請 ～

- 1-1 入院勧告・措置の場合の医療費の公費負担申請
- 1-2 結核の一般医療の場合の公費負担・助成申請
- 1-3 療養費の支給申請
- 1-4 骨関節結核の装具費の支給申請

改訂履歴

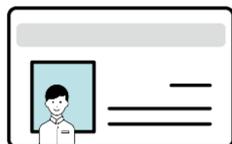
改訂年月日	改訂箇所	改訂内容	備考
2024.3.18		・マニュアルver.1.0作成	
2024.3.25	p.20～	・結果通知について追記	

1. 注意事項・事前準備、ログイン

【本フォームによる申請・届出の注意事項、事前準備】

・ **本フォームによる申請・届出は、患者ご本人による申請専用です。** 代理人等により申請・届出される場合は、所定の申請・届出様式を書面により管轄保健所に郵送・窓口提出してください。

・ **本フォームによる申請・届出は、マイナンバーカードによる認証が必要となります。**
事前に以下ご準備ください。 詳細は別添「マイナンバーカードによる電子認証マニュアル」をご覧ください。
ご準備が難しい方は、所定の申請・届出様式を書面により管轄保健所に郵送・窓口提出してください。



① マイナンバーカード

② マイナンバーカードの署名用電子証明書暗証番号【6～16桁の英数字】

マイナンバーカードの暗証番号【数字のみ4桁】

本人確認（電子署名）のために利用します。

マイナンバーカード交付の際に、いずれもご自身で設定されたものです。



③ スマートフォンと、マイナサインアプリのインストール

マイナンバーカードの読取りに対応したスマートフォンが必要です。

また、スマートフォンにインストールした「マイナサインアプリ」でマイナンバーカードを読み取り本人確認と公的個人認証を行うため、マイナサインアプリのインストールが必要です。



[iPhoneをご利用の方はApp Storeからダウンロード（別ウインドウで開きます）](#)



[Androidをご利用の方はGooglePlayからダウンロード（別ウインドウで開きます）](#)

・ **本フォームはマイナンバーカードによる認証を行うため、ご結婚や転居等により氏名や住所に変更があった場合、更新後でないとは認証できません。** このような場合の申請・届出も、書面により管轄保健所に所定の様式等を郵送・窓口提出ください。

<申請者画面> ログイン

・ 結核医療費の公費負担・助成を受けようとする場合、お住まいの地域にある保健所（管轄保健所）が都保健所のときは、下記フォームから申請することができます。

お住まいの地域にある都保健所（管轄保健所）のフォームに、下記URLからアクセスしてください。

【結核医療費公費負担申請フォーム】

西多摩保健所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536640>

南多摩保健所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536675>

多摩立川保健所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536705>

多摩府中保健所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536722>

多摩小平保健所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536743>

島しょ保健所 大島出張所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536758>

島しょ保健所 三宅出張所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536775>

島しょ保健所 八丈出張所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536795>

島しょ保健所 小笠原出張所 <https://logoform.jp/form/tmgform/536809>

<申請者画面> ログイン

【西多摩保健所】結核医療費公費負担申請

入力フォーム

このフォームは、株式会社トラストバンクが提供する電子申請サービス「LoGoフォーム」へログインをして申請する必要があります。下記の案内に沿って、次の画面に進んでください。

ログインして申請
すでにアカウントをお持ちの方は、ログインをして申請にお進みください。

新規アカウント登録して申請
アカウントをお持ちでない方は、アカウント登録をして申請にお進みください。

アカウント登録でマイページをご利用できます

- ① 自分の申請履歴を確認できます。
- ② 氏名や住所などの登録内容を利用して、
- ③ 電子文書の確認や支払いが必要な申請も

アカウントを作成済の場合はこちらをクリック

アカウントを未作成の場合はこちらをクリック



LoGoフォーム ログイン

メールアドレスまたはログインID 1 / 128

パスワード 1 / 16

ログイン

[パスワードをお忘れの方](#)

または

外部サービスでログイン

Googleでログイン

Yahoo!JAPAN IDでログイン

LINEでログイン

LoGoフォームアカウントをお持ちでない方

[新規アカウント登録](#)

<申請者画面> 事前準備の確認

- ・ ①ログインすると、マイナンバーカードによる認証に必要な事項が案内されます。
- ・ ②準備を確認後、確認項目3つにチェックを入れて、③「申請へ進む」をクリックしてください。

入力フォーム

この申請では、申請の途中でスマートフォンアプリ「マイナサイン」にて電子署名を行います。パソコン、スマートフォンのどちらからでも申請できます。
以下の内容をご確認の上、申請へお進みください。

申請の流れ



- ① 申請フォームへ入力
- ② 「マイナサイン」アプリを起動し暗証番号を入力
- ③ 続けてマイナンバーカードを読み取る
- ④ Webブラウザに戻り申請完了

ⓘ Android端末で申請する場合は、回答送信時にエラーとなる恐れがあるため、「バッテリーセーバーをオフ」にした状態で申請してください。

①

申請に必要なもの

- マイナンバーカード**
本人確認（電子署名）のために利用します。
- 署名用電子証明書暗証番号**
本人確認（電子署名）のために利用します。
マイナンバーカード交付の際に、ご自身で設定した英数字6～16桁の暗証番号です。
- スマートフォンと「マイナサイン」アプリ**
「マイナサイン」アプリはマイナンバーカードを読み取るために利用します。
ご利用のスマートフォンがマイナンバーカードの読み取りに対応しているかどうかはメーカーのウェブサイトをご確認ください。|
パソコンから申請する場合もスマートフォンに「マイナサイン」アプリのインストールが必要です。

iPhoneをご利用の方 **Androidをご利用の方**



> 動作環境を確認

申請へ進む前に下記をご確認頂き、各項目にチェックを入れてください

ⓘ すべてにチェックを入れて申請へお進みください

- マイナンバーカードを用意しました
- 署名用電子証明書暗証番号を用意しました
- マイナンバーカードが読み取り可能なスマートフォンに「マイナサイン」アプリをインストールしました

③ **申請へ進む**

<申請者画面> Q1申請の種類を選択、Q2申請内容の選択

- ・ 結核医療費の公費負担・助成を新たに申請する場合、Q1で「新たに申請をする場合」を選択してください。
- ・ Q2申請内容の選択肢が表示されますので、今回の申請内容に応じて選択してください。

The screenshot shows a web form with three main sections:

- Q1. 申請の種類 必須**
 - 新たに申請をする場合 (highlighted with a red box)
 - 申請内容に変更がある場合
- Q2. 新たに申請する内容 必須**
 - 入院勧告・措置の場合の医療費の公費負担申請（感染症法第37条第1項） (highlighted with a red circle)
 - 結核の一般医療の場合の医療費の公費負担・助成申請（感染症法第37条の2 第1項、同施行細則第19条）
 - 療養費の支給申請（感染症法第42条第1項）
 - 骨関節結核の装具費の支給申請（感染症法施行規則第20条の2第3号）
- Q4. 申請・届出をする都保健所 必須**
 - ※プルダウンから選択 必須
 - [Dropdown menu]

At the bottom, there are two buttons: "→ 次の画面へ進む" and "📄 入力内容を一時保存する".

※患者ご自身のご住所や医療機関、すでに承認された医療内容などに変更が生じた場合の届出や申請も、本フォームから行うことができます。

この場合は、Q1で「申請内容に変更がある場合」を選択してください。

本フォームによる内容変更の申請・届出の詳細については、別添「結核医療費公費負担申請フォーム 申請者向けマニュアル②～内容変更の申請・届出～」を参照してください。

<申請者画面> Q4 申請・届出をする都保健所の確認

・ Q4 今回申請・届出をする保健所について、プルダウンから確認してください。

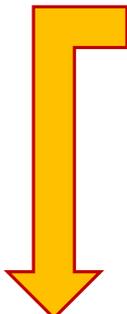
Q4. 申請・届出をする都保健所 必須
※プルダウンから選択 必須

[プルダウンメニュー]

- 西多摩保健所
- 他の保健所

この欄をクリックすると選択肢が出ます

今回申請・届出をする保健所が他の都保健所の場合は、当該都保健所のリンクをクリックして、当該都保健所のフォームに移動してください。



Q4. 申請・届出をする都保健所 必須
※プルダウンから選択 必須

西多摩保健所

→ 次の画面へ進む 入力内容を一時保存する

クリックして次の画面に進んでください

Q4. 申請・届出をする都保健所 必須
※プルダウンから選択 必須

他の保健所

他の都保健所に申請・届出をする場合は、下記リンク先のフォームからお願いします。

- 南多摩保健所 : <https://logoform.jp/form/tmgform/>
- 多摩立川保健所 : <https://logoform.jp/form/tmgform/>
- 多摩府中保健所 : <https://logoform.jp/form/tmgform/>
- 多摩小平保健所 : <https://logoform.jp/form/tmgform/>
- 島しょ保健所大島出張所 : <https://logoform.jp/form/tmgform/>
- 島しょ保健所三宅出張所 : <https://logoform.jp/form/tmgform/>
- 島しょ保健所八丈出張所 : <https://logoform.jp/form/tmgform/>
- 島しょ保健所小笠原出張所 : <https://logoform.jp/form/tmgform/>

⚠️ お手数をお掛けしますが、上記リンク先の各都保健所のフォームからお願いします。

→ 次の画面へ進む 入力内容を一時保存する

2. Q1で「新たに申請をする場合」を選択した場合

1-1 入院勧告・措置の場合の医療費の公費負担申請

1-2 結核の一般医療の場合の公費負担・助成申請

1-3 療養費の支給申請

1-4 骨関節結核の装具費の支給申請

<申請者画面> Q5 申請をする方（患者本人）

- ① 「マイナンバーカードを読み取る」をクリックしてください。
 - ② スマートフォンで申請を進めている場合は、事前にインストールしたマイナサインアプリが起動しますので、マイナンバーカードを読み取ってください。
- PCで申請を進めている場合は、下右の画面が表示されますので、事前にマイナサインアプリをインストールしたスマートフォンで表示されたQRコードを読み取った後、マイナンバーカードを読み取ってください。
- ③ マイナンバーカードの暗証番号（数字のみ4桁）を入力すると、氏名等がフォームに自動で入力されます。
 - ④ 「電話番号」欄に入力するとともに、ログイン情報から転記された「メールアドレス」欄を確認してください。

Q5. 申請・届出をする方（患者本人）

この申請はマイナンバーカードの読み取りによる、自動入力が必要です。

① **マイナンバーカードを読み取る**

読み取りには「マイナンバーカード」と「マイナサイン」アプリが必要です。
[マイナンバーカードの読み取りについて](#)

③ **氏名**

氏 必須 名 必須

生年月日 必須

性別 男性 女性 不明 必須

住所 都道府県 必須 市区町村 必須

④ **電話番号**

電話番号

メールアドレス

メールアドレス 必須 メールアドレス（確認） 必須

②

【PCで申請を進めている場合】

マイナンバーカードの読み取り

以下の手順に沿って、「マイナサイン」アプリでマイナンバーカードの読み取りを行ってください。

- スマートフォンで「マイナサイン」アプリを開く。
- アプリに表示された「QRコード読み取り」を押下する。
- 「マイナサイン」アプリで下記の二次元バーコードを読み取り、マイナンバーカードの読み取りを行う。

「マイナサイン」アプリ操作中にエラーが発生し読み取りができなかった場合、以下の手順をお試しください。

- 本画面の「読み取りをキャンセル」を押下し、入力画面に戻る。
- 入力画面で「マイナンバーカードを読み取る」を再度押下する。
- 再び本画面が表示されるのでスマートフォンで「マイナサイン」アプリを開き、画面に表示された二次元バーコードを読み取り電子署名を行う。

「マイナサイン」アプリをインストールしていない方は下記よりインストールしてください。

iPhoneをご利用の方  

Androidをご利用の方  

※本画面の一部で「アドレス・ベース・レジストリ」を参照しています。
出典：[アドレス・ベース・レジストリ カタログサイト](#)

× 読み取りをキャンセル

← 券面事項の読み取りについて



パスワード入力後、本体のNFCマーク部分にマイナンバーカードのICチップを密着させます。

パスワード入力へ進む

スマートフォンの機種によりマイナンバーカードの読み取り位置が異なります。金属製の机の上では、カードが読み取れない場合があります。

以下の自治体で使用します。

LoGo 東京都 電子申請

<申請者画面> 1-1 入院勧告・措置の場合の医療費の公費負担申請

- ① Q6「保険者等の種別」を選択し、Q7「入院勧告等を受けた日」に入力してください。
- ② **患者、世帯全員の住民税課税額証明書等**が必要ですので、**別途郵送などにより管轄保健所（申請先保健所）**にご提出ください。
- ③ 入力内容を確認後、「確認画面へ進む」をクリックしてください。

入院勧告・措置の場合の医療費の公費負担の申請
結核により入院勧告又は措置を受けた方

医療費公費負担申請書（第13号様式）（第14条関係）
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1項の規定により医療費の公費負担を申請します。

① Q6. 保険者等の種別 **必須**
 社保 国保 後期高齢 生保 その他

Q7. 入院勧告等を受けた日 **必須**
📅

② 【必要書類の提出】
 患者、世帯全員の住民税課税額証明書等
別途郵送などにより管轄保健所（申請先保健所）にご提出ください。

③ < 1つ前の画面に戻る > **→ 確認画面へ進む** < 入力内容を一時保存する >

<申請者画面> 1-2 結核の一般医療の場合の医療費の公費負担・助成申請

- ①今回申請を行う申請内容にチェックを入れてください。
- ②Q6「保険者等の種別」を選択してください。
- ③医師が記入した「結核医療費公費負担・東京都医療費助成申請書」（第13号様式の3）の医師の診断書（診断書作成年月日、署名又は記名押印を含む）、エックス線直接撮影写真のほか、医療費助成を申請する場合は住民税非課税証明書が必要ですので、別途郵送などにより管轄保健所（申請先保健所）にご提出ください。
- ④入力内容確認後、「確認画面へ進む」をクリックしてください。

結核の一般医療の医療費の公費負担や医療費助成の申請

結核の治療のため通院などされている方

結核医療費公費負担・東京都医療費助成申請書（第13号様式の3）（第14条、第20条関係）

申請内容 必須

- ①
- 感染症法（※）第37条の2の規定により医療費公費負担を申請します。
 - 感染症法（※）施行細則第19条に基づく医療費助成を申請します。

※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

Q6. 保険者等の種別 必須

- ②
- 社保 国保 後期高齢 生保 その他

【必要書類等の提出】

- ③
- 「結核医療費公費負担・東京都医療費助成申請書」の医師の診断書
 - エックス線直接撮影写真（3ヶ月以内に撮影されたもの）
 - （東京都医療費助成を申請する場合）住民税非課税証明書
別途郵送などにより管轄保健所（申請先保健所）にご提出ください。

[「結核医療費公費負担・東京都医療費助成申請書」の医師の診断書の様式はこちら](#)

④

← 1つ前の画面に戻る

→ 確認画面へ進む

📄 入力内容を一時保存する

<申請者画面> 1-3 療養費の支給申請（1）

- ①Q6「保険者等の種別」を選択し、Q7「入院勧告等を受けた日」に入力してください。
- ②Q14「支給を受けようとする療養費の額」に入力してください。（次ページへ続く）

療養費の支給申請

緊急その他やむを得ない理由により、感染症指定医療機関以外の医療機関で医療を受けた場合の医療費の公費負担を請求される方

療養費支給申請書（第21号様式）（第28条関係）

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42条第1項の規定により療養費の支給を申請します。

①

Q6. 保険者等の種別 必須

社保 国保 後期高齢 生保 その他

Q7. 入院勧告等を受けた日 必須



②

Q14. 支給を受けようとする療養費の額 必須

_____ 円

<申請者画面> 1-3 療養費の支給申請（2）

①Q15「緊急その他やむを得ない理由」に、感染症指定医療機関や結核指定医療機関以外の医療機関で医療を受けた緊急その他やむを得ない理由を入力してください。

②必要書類として、**診療報酬明細書（社保・国保の明細書）、医療機関に対し当該医療費を支払ったことを証明する書類等（領収書等）、記入済みの支払金口座振替依頼書**を、**PDFファイルや画像ファイル等によりファイル添付してください。**

なお、**審査で必要がある場合、原本の提出を求める場合がありますので、原本は必ず保存しておいてください。**

④入力・ファイル添付を確認後、「確認画面へ進む」をクリックしてください。

③

【必要書類の提出】
※PDFファイルや画像ファイル等で添付してください。
なお、審査において必要がある場合は、原本の提出を求める場合があります。原本は必ず保存しておいてください。

診療報酬明細書（社保・国保の明細書） 必須

医療機関に医療費を支払ったことを証明する書類等（領収書等）

支払金口座振替依頼書 必須

支払金口座振替依頼書の様式はこちら

※支払金口座振替依頼書の記入例等
○東京都から支払を受ける皆様へ（東京都会計管理局のサイト）
<https://www.kaikeikanri.metro.tokyo.lg.jp/keiyaku.htm>

添付ファイル

※ スマホ等で撮影した画像ファイルも添付できます。
※ 拡張子がexe, bat, shのファイルは投稿できません。
※ 一つの添付ファイルの容量上限は10MBです。
※ 一回の回答全体の添付ファイルの容量上限は約100MBです。
※ 複数ファイルがある場合は、できる限りzipファイルでまとめて添付をお願いします。

← 1つ前の画面に戻る **→ 確認画面へ進む** 入力内容を一時保存する

④

<申請者画面> 1-4 骨関節結核の装具費の支給申請

- ① 骨関節結核の装具療法に要する費用として請求する金額を入力してください。
- ② 記入済みの支払金口座振替依頼書を、PDFファイル等によりファイル添付してください。
- ③ 納入者や医師などが記入した「納品書、受領書及び着装証明書」（第16号様式）が必要ですので、**別途郵送**などにより管轄保健所（申請先保健所）にご提出ください。
- ④ 入力・ファイル添付を確認後、「確認画面へ進む」をクリックしてください。

骨関節結核の装具費の支給申請
骨関節結核の装具療法についての医療費の公費負担を請求される方

① 骨関節結核装具療養費請求書（第15号様式）（第15条関係）
請求額 **必須** 円

ただし、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施行規則第20条の2第3号の規定による骨関節結核の装具療法に要する費用
上記金額の関係書類を添えて請求します。

② 支払金口座振替依頼書 **必須**

 _____

[支払金口座振替依頼書の様式はこちら](#)

※支払金口座振替依頼書の記入例等
○東京都から支払を受ける皆様へ（東京都会計管理局のサイト）
<https://www.kaikeikanri.metro.tokyo.lg.jp/keiyaku.htm>

③ 【必要書類の提出】
○納品書、受領書及び着装証明書（第16号様式）（第15条関係）
別途郵送などにより管轄保健所（申請先保健所）にご提出ください。

[「納品書、受領書及び着装証明書」（第16号様式）はこちら](#)

④ ← 1つ前の画面に戻る **→ 確認画面へ進む** 📄 入力内容を一時保存する

<申請者画面> 申請内容の確認とマイナサインアプリ

- ①申請画面で入力し、最下部の「確認画面へ進む」をクリックすると、入力内容の確認画面となります。
- ②入力内容を確認し、最下部の「電子署名を行う」をクリックしてください。
- ③スマートフォンで申請を進めた場合は、事前にインストールしたマイナサインアプリが起動しますので、電子署名を行ってください。

PCで申請を進めた場合は、下右の画面が表示されますので、事前にマイナサインアプリをインストールしたスマートフォンで表示されたQRコードを読み取ってください。

①

入力内容確認

Q1. 申請の種類
申請内容に変更がある場合

Q3. 申請した内容の変更
住所を変更した場合

Q4. 申請・届出をする郵便番号
※プルダウンから選択 西多摩保健局

Q5. 申請者（患者）情報
氏名 新堀 太郎
電話番号 0312345678
メールアドレス hoge@test.jp

住所を変更した場合
※届出に際し、お住まいの原本を管轄保健所に提出し、住所欄の変更を受けてください。

住所変更届（第17号様式）（第16条関係）兼 医療費助成変更届（第20号様式）（第25条関係）
この際、下記のとおり住所を変更したので、届け出ます。

【※医療費助成の届出中の場合】医療費助成についても、下記のとおり変更したので併せて届け出ます。

Q8. 新住所
東京都新宿区西新宿2-3-1

Q9. 旧住所
東京都新宿区西新宿2-3-1

Q16. 公費負担番号
12345678

Q17. 公費負担医療の受給番号
1234567

Q18. 有効期間の開始日
2024年4月1日

Q19. 有効期間の終了日
2024年4月30日

Q20. (医療費助成の) 負担番号
12345678

Q21. (医療費助成の) 有効期間の開始日
2024年4月1日

Q22. (医療費助成の) 有効期間の終了日
2024年4月30日

← 戻る ← 1つ前の画面に戻る → 電子署名を行う



③【PCで申請を進めた場合】

入力フォーム

✓ 入力1 ✓ 入力2 ✓ 確認 ④ 電子署名 ⑤ 完了

以下の手順に沿って、「マイナサイン」アプリで電子署名を行なってください。

1. スマートフォンで「マイナサイン」アプリを開く。
2. アプリに表示された「QRコードを読み取る」ボタンを押下する。
3. 「マイナサイン」アプリで下記の二次元バーコードを読み取り電子署名を行う。

QRコードの表示

← 1つ前の画面に戻る

「マイナサイン」アプリ操作中にアプリが強制終了した場合は以下の手順をお試しください。
1. 本画面の「1つ前の画面に戻る」を押下し、入力内容確認画面に戻る。
2. 入力内容確認画面で「電子署名を行う」を再度押下する。
3. 再び本画面が表示されるのでスマートフォンで「マイナサイン」アプリを開き、画面に表示された二次元バーコードを読み取り電子署名を行う。

<「マイナサイン」アプリ画面> 電子署名の実施

- ・スマートフォンの「マイナサイン」アプリ上で下記画面が表示されるため、手順に従って操作してください。
- ・最後に、**マイナンバーカードの署名用電子証明書暗証番号（英数字6～16桁）**を入力してください。

以下の申請に署名します。

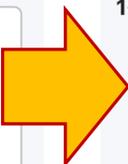
申請先:
東京都（都庁）

申請名:
医療費公費負担等の申請[マイナサインあり]

申請日:
2024.01.23

上記の内容に電子署名をします。よろしいですか？
同意しない場合、画面左上の戻るボタンから戻ってください。

同意する



マイナンバーカードの署名用電子証明書のパスワード(6-16桁)を入力してください。

読み取りを開始する

パスワードを5回連続で間違えるとマイナンバーカードがロックされます。ロックされた場合は、市区町村窓口にてパスワード初期化を申請してください。

キャンセル



カードをセットしてください読み取りについて

マイナンバーカードの署名用電子証明書のパスワード(6-16桁)を入力してください。

パスワードを5回連続で間違えるとマイナンバーカードがロックされます。ロックされた場合は、市区町村窓口にてパスワード初期化を申請してください。

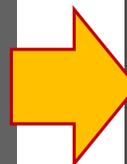
キャンセル

スキャンの準備ができました



マイナンバーカードを読み取ります このポップアップウィンドウが閉じるまでカードをセットしたままにしてください

キャンセル





マイナンバーカードを読み取ります このポップアップウィンドウが閉じるまでカードをセットしたままにしてください

マイナンバーカードの署名用電子証明書暗証番号を入力してください

<申請者画面> 送信完了

- ・ 受付番号が表示され、申請が完了しました。
- ・ 登録されたメールアドレスにも送信完了メールが届きます。



- ・ **提出が必要な書類がある場合、別途郵送などにより管轄保健所（申請先保健所）にご提出ください。**

【必要書類の提出先】 ※「東京都●●保健所 保健対策課宛て」とし、結核公費負担申請関係書類とわかるよう送付書等を入れてください。

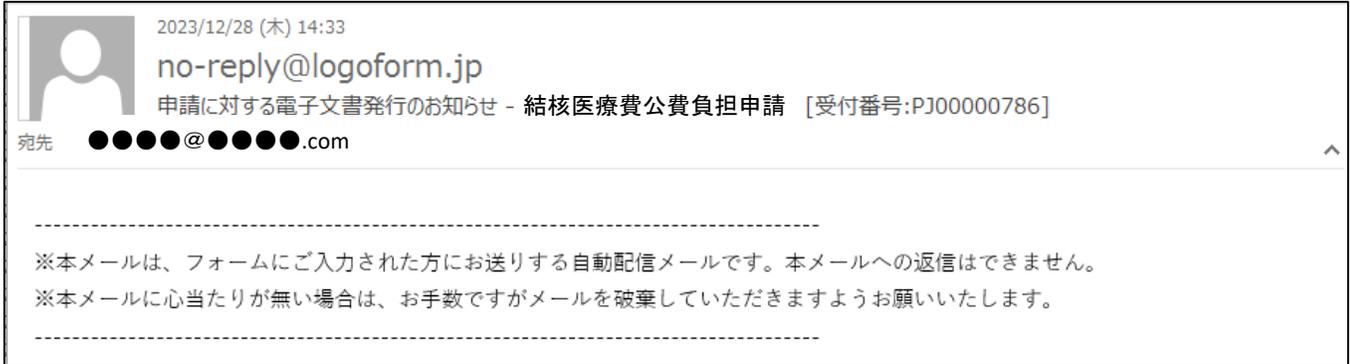
保健所名	送付先	保健所名	送付先
西多摩保健所	〒198-0042 青梅市東青梅1丁目167番地の15	島しょ保健所	
南多摩保健所	〒206-0025 多摩市永山2丁目1番地5号	同大島出張所	〒100-0101 大島町元町字馬の背275番地4号
多摩立川保健所	〒190-0023 立川市柴崎町二丁目21番19号(東京都立川福祉保健庁舎内)	同三宅出張所	〒100-1102 三宅村伊豆1004
多摩府中保健所	〒183-0022 府中市宮西町1-26-1 東京都府中合同庁舎内	同八丈出張所	〒100-1511 八丈町三根1950番地2
多摩小平保健所	〒187-0002 小平市花小金井1丁目31番地24号	同小笠原出張所	〒100-2101 小笠原村父島字清瀬

3. 申請に対する決定通知の送付

<申請者画面> 医療費公費負担決定通知書等の送付

- ・ 申請に対して保健所で公費負担することを決定したときは、アカウント登録したメールアドレスにフォームを通じて通知ファイルを送付し、登録されたメールアドレスにメール通知されます。
- ・ メール通知に従って決定通知ファイルの内容を確認してください。

- ①入院勧告・措置の場合の医療費の公費負担申請に対する交付の決定
 - 「医療費公費負担決定通知書」の送付
- ②療養費の支給申請に対する交付の決定
 - 「療養費支給決定通知書」の送付



第14号様式(第14条関係) (表)

(申請者) 様 第 年 月 日
保健所長

医療費公費負担決定通知書

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_____に規定する医療に要する費用について、下記のとおり公費負担することを決定したので通知します。

記

1 患者氏名 (年 月 日生)

2 患者住所

3 勧告等を行った日 年 月 日

4 入院医療機関名

5 自己負担の有無 有・無

(負担額) ※ 円

※〔計算式〕 20,000円(月額)÷その月の実日数×公費負担の期間の日数

公費負担者番号			1	3				
公費負担受給者番号								
公費負担の期間	年 月 日 ~ 年 月 日							

(日本産業規格A列4番)

※ フォームでお送りしたファイルは都からの送付後90日間ダウンロード可能です。メール通知があり次第、速やかにご確認と保存をお願いします。