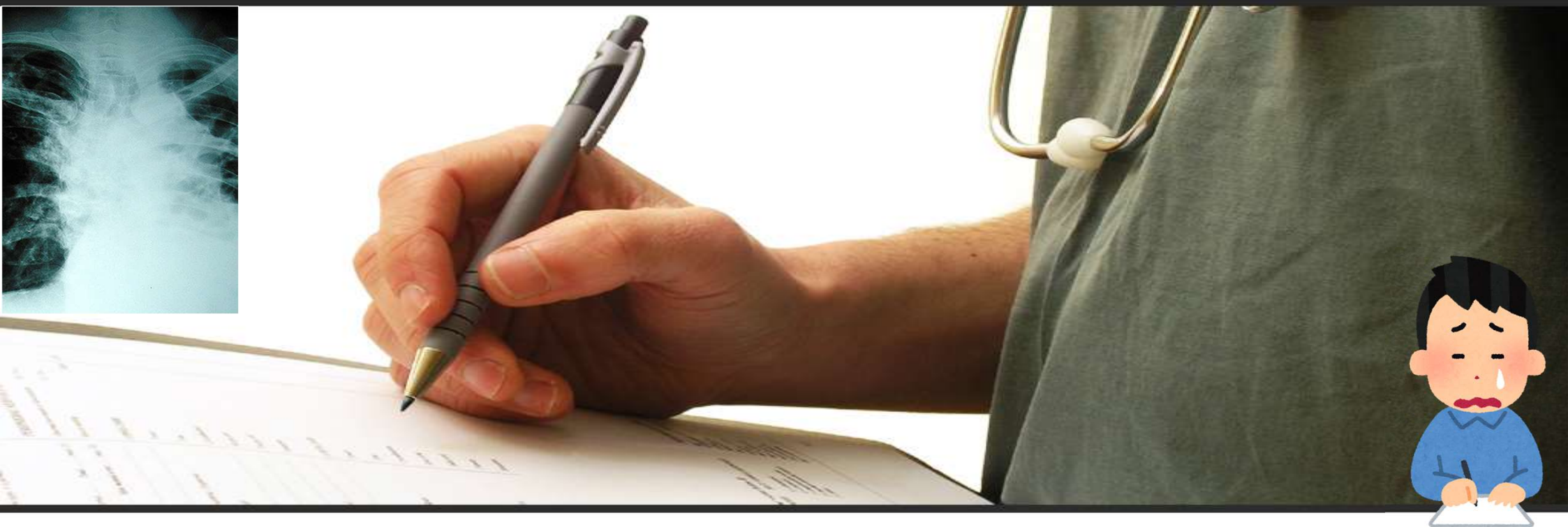


結核医療費公費申請書の基礎知識と書き方



鹿児島市保健所
中央保健センター 中村匡宏



結核医療費公費負担制度の概要

- 経済的負担を軽減し、安心して医療を受けられるようにするために、結核に関する医療費自己負担分を公費で補う。
- 公費負担が申請されると、結核審査協議会で審査が行われ、公費負担が決定する。
- 入院と通院で負担の内容が異なる。





入院患者の公費負担

- **感染症法第37条**による公費負担。
- 対象は、**入院勧告(感染症法第19・20条)**を受けた患者。隔離以外の理由（例：経口摂取不良、誤嚥性肺炎の合併、社会的入院など）での入院は適応外。
- **結核医療に必要な経費の全額（高所得者を除く）を公費で負担**する。
- 高所得者（年の市民税所得割額の合計額が年額56万4千円を超える）は一部（月額2万円）患者負担がある。
- 期間は入院勧告(措置)を受けてから、感染性がなくなって隔離が不要になって、勧告が解除されるまで。
- 感染症法第20条による入院が継続する場合は、1か月ごとの継続申請が必要になる。



入院の基準

- (1) 肺結核、咽頭結核、喉頭結核又は気管・気管支結核の患者であり、**喀痰塗抹検査の結果が陽性**であるとき。
- (2) (1)の喀痰塗抹検査の結果が陰性であった場合に、喀痰、胃液又は気管支鏡検体を用いた塗抹検査、培養検査又は核酸増幅法の検査のいずれかの結果が陽性であり、以下のア、イ又はウに該当するとき。
 - ア 感染防止のために入院が必要と判断される呼吸器等の症状がある。
 - イ 外来治療中に排菌量の増加がみられている。
 - ウ 不規則治療や治療中断により再発している。



一般患者の公費負担

- **一般患者（通院患者、隔離以外の理由による入院患者）に対する公費負担は、感染症法第37条の2に基づき、結核医療に必要な費用の一部が公費で負担される。**
- **自己負担額：医療費総額の5%（医療費の95%を患者加入の保険者と公費により負担）**
- **公費負担の承認開始日は、保健所が申請書を受理した日（郵送の場合は消印日）からとなる。**
- **治療期間が6か月を超える時には、継続申請が必要となる。**



結核診査協議会

- 鹿児島市では月に2回、結核専門の医師等で構成する結核診査協議会を開催している。
- 感染症法に基づく入院勧告、入院延長、就業制限及び結核医療の公費負担に関する審査と診断、治療が適正に行われているかどうかの評価を行っている。



結核医療費公費負担申請書

- 結核医療費公費負担申請書の書式は、自治体毎に異なる。
- 鹿児島市の申請書は市のサイトから、PDF, Wordファイルでダウンロードできる。

<https://www.city.kagoshima.lg.jp/kenkofukushi/hokenjo/hoyobo-kan/kenko/kenko/ryuko/kekaku/kouhihutan.html>

申請するときに提出していただく書類

1. 結核医療費公費負担申請書 (PDF: 264KB) 、結核医療費公費負担申請書 (ワード: 90KB) 

2. エックス線写真または、電子媒体 (申請前3ヶ月以内のもの。ただし継続申請時は、前回申請時のものと最新のもの)

結核医療費公費負担申請書										令和 年 月 日	
鹿児島市長 殿		申請者 氏名 _____								住所 _____	
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37条-2)の規定により、医療費公費負担を申請します。		個人番号 _____								患者との関係(本人又は保護者に限る) _____	
患者氏名	男 女	大・昭 年 月 日生	平・令 (歳)	住所						個人番号	
保険者等の種別	健保(本人・家族)	国保(一般・退職・退職家族)	後期高齢者医療保険	生活保護(受給中・申請中)	その他()						
添付X線写真の枚数	枚 (入院勧告による入院患者の場合) 入院勧告番号			第 号							
診 断 書											
病 名	1			2			3				
治 療 方 針	1 新規:標準化学療法を実施したい。 2 新規:標準化学療法を実施できない。(理由) 3 新規:PZAを使用する。			4 新規:PZAを使用しない。 5 継続:今後()か月の化学療法を実施したい。 6 その他:							
医療の種別	化学療法	1 初回治療		1 抗結核薬 ()剤使用		1 薬品名 INH RFP SM EB PZA その他() 2 1のうち局所療法に用いるもの ()		医療開始予定年月日 令和 年 月 日			
		2 再治療						入・退院年月日 令和 年 月 日			
		3 継続		2 副腎皮質ホルモン剤		薬品名()		(注)PZAは初回治療の2か月のみ使用			
	外科的療法	1 肺結核				2 結核性膿瘍					
	3 骨関節結核				4 その他						
骨関節結核の装具療法											
取 扱		日間(術前 日間, 術後 日間)			手術予定(実施)年月日			令和 年 月 日			
現 症	胸部X線写真略図 (年 月 日撮影)		※※ 学 会 分 類		医療の概要(根拠)及び今後の医療方針、その他の所見(肺外結核の場合は、そのX線写真略図及びその他の所見)						
			r 0 b I II III IV V 1 2 3 H P Q OP								
結核菌検査	検体の種類									IGRA 検査	
	塗 抹	月 日 号・未実施	月 日 号・未実施	月 日 号・未実施	月 日 号・未実施	月 日 号・未実施	月 日 号・未実施	月 日 号・未実施	月 日 号・未実施	QFT・T-spot 月 日	薬品(mcg/ml)
	培 養	月 日 個	月 日 個	月 日 個	月 日 個	月 日 個	月 日 個	月 日 個	月 日 個	月 日 個	INH(0.2) RFP(40) SM [10] EB [2.5] () [] () [] () [] () []
	その他 ()	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	感・耐 感・耐 感・耐 感・耐 感・耐 感・耐 感・耐
抗結核薬の副作用に関する検査結果・所見		肝機能検査・視力検査・その他について									
※ 結核に関する既往の医療		年 月 ~ 年 月		年 月 ~ 年 月		年 月 ~ 年 月		年 月 ~ 年 月		年 月 ~ 年 月	
備 考		1 最終ツ反(年 月 日) 硬結 × (二重発赤 ×) (水疱, 壊死, 出血) (判定 + ++ +++) 2 ツ反陽転歴(年 月 日) BCG接種歴 (1有(年 月) 2無 3不明) 3 入院についての意見 4 その他									
※ 初めて結核と診断された時期		年 月 日		※ ツ反陽転陽転時期		年 月 日		※ 陽性化の時期		年 月 日	
入院以来実施した医療の概要及び今後の医療の基本方針											
令和 年 月 日											
医療機関 所在地 名 称 医師氏名											

結核医療費公費申請書の書き方

入院は37条
通院は37条-2

患者本人、
または家族が記入

結核医療費公費負担申請書

令和 6年 10月 4日

鹿児島市長 殿

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37条-2) の規定により、医療費公費負担を申請します。

申請者 氏名 鹿児島 市郎

住所 鹿児島市〇〇〇 1丁目2-3

個人番号 012345678910

患者との関係(本人又は保護者に限る) 本人

患者 氏名	鹿児島 市郎	男 女	大・昭43年 8月 2日生 平・令 (56歳)	住所	鹿児島市〇〇〇 1丁目2-3	個人 番号	
保険者等の種別	(健保) (本人・家族) 国保(一般・退職・退職家族) 後期高齢者医療保険 生活保護(受給中・申請中) その他()						
添付X線写真の枚数	2 枚	(入院勧告による入院患者の場合)		入院勧告番号	第 号	号	

記入不要

初回は空欄で可
継続の場合は記載



標準化学療法とはINH, RFP, EB(SM), PZAの4剤
またはINH, RFP, EB(SM)の3剤

結核の治療の開始日。継続の場合も、
初回の開始日を記載

		診 断 書			
病 名		1 肺結核	2 結核性胸膜炎	3	
治 療 方 針		① 新規:標準化学療法を実施したい。 ② 新規:標準化学療法を実施できない。(理由) ③ 新規:PZAを使用する。		4 新規:PZAを使用しない。 ⑤ 継続:今後()か月の化学療法を実施したい。 6 その他:	
医 療 の 種 類	化学療法	① 初回治療	1 抗結核薬 (4)剤使用	1 薬品名 INH RFP SM EB PZA その他() 2 1のうち局所療法に用いるもの ()	医療開始予定年月日 令和 6 年 10 月 4 日
		2 再治療			入・退 院 年 月 日 令和 6 年 10 月 4 日
		3 継 続	2 副腎皮質ホルモン剤	薬品名()	(注)PZAは初回治療の2か月のみ使用
種 類	外科的療法	1 肺 結 核		2 結核性膿胸	
		3 骨関節結核		4 その他	
	骨関節結核の装具療法				
収 容		日間(術前 日間, 術後 日間)	手術予定(実施)年月日		令和 年 月 日

再治療は過去に1カ月以上、かつ、終了後
2か月以上経過後、再度治療を行う場合

37条から37条の2への変更や、治療期間
延長で、今の結核の治療を継続する場合

外科的療法を行な
なければ空白で可

現 症	胸部X線写真略図 (R6年 9月 26日撮影)	※※ 学 会 分 類	医療の概要(根拠)及び今後の医療方針、その他の所見(肺外結核の場合は、そのX線写真略図及びその他の所見)
		(r) I 1 H (II) III ② (P) b IV 3 OP	9月初旬から咳、痰が出現。9/26受診し、鎮咳剤、去痰剤で改善乏しいため、10/3胸部X線、CTで結核を疑い、喀痰検査を行ったところ塗抹、PCR陽性、胸水ADAも高値のため肺結核、結核性胸膜炎と診断。結核病棟に入院して、治療開始。

胸部X線所見をスケッチして
学会分類に○をつける

簡単な病歴と検査結果等
を記載

日本結核病学会病型分類

1 病巣の性状

0		病変が全く認められないもの。
I 型	広汎空洞型	空洞面積の合計が拡がり1を超し、肺病変の拡がりの合計が一侧肺に達するもの。
II 型	非広汎空洞型	空洞を伴う病変があって、上記 I 型に該当しないもの。
III 型	不安定非空洞型	空洞は認められないが、不安定な肺病変があるもの。
IV 型	安定非空洞型	安定していると考えられる肺病変のみがあるもの。
V 型	治癒型	治癒所見のみのもの。
H 型	肺門リンパ節腫脹	
P I 型	滲出性胸膜炎	
O p 型	手術のあと	

2 病巣の拡がり

1	第2肋骨前端上縁を通る水平線以上の肺野の面積を超えない範囲
2	1 と 3 の中間
3	一侧肺の面積を超えるもの

3 病側

r	右側のみに病変のあるもの
l	左側のみに病変のあるもの
b	両側に病変のあるもの



塗抹、PCR検査結果などを記載。
培養は初回申請では通常、結果は出ていないので空欄で可。
継続申請の時に記載。

初回申請では通常、結果は出ていないので空欄で可。
継続申請の時に記載。

結核菌検査	検体の種類	喀痰	喀痰	喀痰	胸水			IGRA 検査	薬剤感受性検査	薬品 [mcg/ml]	年 月	年 月	
	塗 抹	10 月 3 日 3号・未実施	10 月 4 日 2号・未実施	10 月 5 日 3号・未実施	10 月 4 日 0号・未実施	月 日 号・未実施	月 日 号・未実施	QFT・T-spot 月 日		INH [0.2] RFP [40] SM [10] EB [2.5] () [] () [] () [] () []	感・耐 感・耐 感・耐 感・耐 感・耐 感・耐 感・耐	感・耐 感・耐 感・耐 感・耐 感・耐 感・耐 感・耐	
	培 養	月 日 個	月 日 個	月 日 個	月 日 個	月 日 個	月 日 個	陽性・陰性					
	その他 (PCR)	10 月 3 日 陽性	月 日	月 日	10 月 4 日 陰性	月 日	月 日						
抗結核薬の副作用に関する検査結果・所見		肝機能検査・視力検査・その他について 肝機能障害なし、眼科診察異常なし											

肝障害、視力検査など副作用に関連するデータ、所見を記載

IGRA 検査 (QFT, T-spot)の結果を記載



再治療の場合に過去の
治療歴が分かれば記載

ツ反、BCG接種歴を記載。
分かる範囲内で可

※ 結核に関する 既往の医療	年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月	INH RFP SM EB PAS その他() INH RFP SM EB PAS その他() INH RFP SM EB PAS その他()				
備 考	1 最終ツ反(年 月 日) 硬結 × 発赤 × (二重発赤 ×) (水疱, 壊死, 出血) (判定 + ++ +++) 2 ツ反陽転歴(年 月 日) BCG接種歴 (1 有 [年 月] 2 無 3 不明) 3 入院についての意見 4 その他					
※ 初めて結核と診 断された時期	年 月頃	※ ツ反応 陽転時期	年 月頃	菌陰性化 の時期	年 月頃	※※ 結核診査協議会の意見
入院以来実施した医療の概要及び 今後の医療の基本方針		抗結核薬4剤で開始し、6か月間の治療予定。				
令和 6 年10 月 4 日		医療機関 所 在 地 鹿児島市□□4丁目5-6 名 称 A病院 医師氏名 保健 所子				

標準治療以外の治療を行う場合や、
治療期間の目安など