

療養手当・医療手当請求書

→健康福祉局環境保健担当

ふりがな		男・女	生 年 月 日	明治 M	年	月 日 (歳)
氏名				大正 T		
				昭和 S		
住所	方 TEL -					
認定疾病の名称	<input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> 気管支ぜん息 <input type="checkbox"/> ぜん息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺気しゅ					
治療を受けた医療機関の名称及び所在地						
治療を受けた			公害医療手帳の番号			治療を受けた日数
年	月					入院 1
		20	川崎		40	通院 2
(該当する方に○)						
<input type="checkbox"/> 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項 の規定により.....年.....月分の 療養手当 <input type="checkbox"/> 川崎市公害健康被害補償条例第5条第1項 の支給を申請します。 医療手当年月日						
(宛て先) 川崎市 長				受 付		
請求者(被認定者)						
住所..... 氏名.....						

- 注1 入院と通院、両方の時は、入院のみ記入してください。
 2 毎月10日までに請求を受け付けたものは、当月の支給となります。
 10日を過ぎて受け付けたものは、翌月の支給となります。

医療手当・療養手当の請求について

- (1) 療養手当は、その月において、認定された疾病（慢性気管支炎、気管支ぜん息、ぜん息性気管支炎、肺気しゅ）により、入院したり、4日以上通院した場合に支給されます。
- (2) 医療手当は、その月において、認定された疾病（慢性気管支炎、気管支ぜん息、ぜん息性気管支炎、肺気しゅ）により、2日又は3日通院した場合に支給されます。この医療手当は、「川崎市公害健康被害補償条例」に基づいて支給されるものです。
- (3) 入院・通院の日数は、医療機関から市に請求のある「診療報酬明細書」で確認いたします。
なお、医療機関から請求のない場合には、あなたが医療機関で入院・通院日数の証明を受けていただくことになります。

【不明な点のお問合せ先】

川崎市役所 健康福祉局 環境保健担当	0 4 4 - 2 0 0 - 2 4 8 8
川崎区役所 地域みまもり支援センター 地域ケア推進課	0 4 4 - 2 0 1 - 3 2 2 8
川崎区役所 大師地区健康福祉ステーション	0 4 4 - 2 7 1 - 0 1 5 0
川崎区役所 田島地区健康福祉ステーション	0 4 4 - 3 2 2 - 1 9 9 9
幸区役所 地域みまもり支援センター 地域ケア推進課	0 4 4 - 5 5 6 - 6 6 4 3
中原区役所 地域みまもり支援センター 地域ケア推進課	0 4 4 - 7 4 4 - 3 2 5 2
高津区役所 地域みまもり支援センター 地域ケア推進課	0 4 4 - 8 6 1 - 3 3 0 2
宮前区役所 地域みまもり支援センター 地域ケア推進課	0 4 4 - 8 5 6 - 3 2 5 4
多摩区役所 地域みまもり支援センター 地域ケア推進課	0 4 4 - 9 3 5 - 3 3 0 1
麻生区役所 地域みまもり支援センター 地域ケア推進課	0 4 4 - 9 6 5 - 5 1 5 6