

療養手当・医療手当請求書

→健康福祉局環境保健・アレルギー疾患対策担当

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	☐ 慢性気管支炎 ☐ 気管支ぜん息 ☐ ぜん息性気管支炎 ☐ 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												
		20		川崎				40		入院	1		
										通院	2		
(該当する方に○)													
☐ 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 ☐ 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。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・アレルギー疾患対策担当	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
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