

療養手当・医療手当請求書

→健康福祉局保健医療政策部環境保健・アレルギー疾患対策課

ふりがな	かわさき はなこ	男	生年	明治 M	× × 年	○月 △日 (○△歳)
氏名	川崎 花子	女	月 日	大正 T		
				昭和 S		
住所	方 川崎市川崎区宮本町 1 番地 TEL 200-2488					
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	川崎市立 ○×病院 川崎市川崎区○○町 1 - 1					
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。 医療手当						
× × 年 ○ 月 △ 日						
(宛て先) 川崎市 長						
請求者(被認定者)						
住所 川崎市川崎区宮本町 1 番地						
氏名 川崎 花子						
受付						

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 健康福祉局保健医療政策部環境保健・アレルギー疾患対策課

			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