

## ○大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則

昭和四七年一〇月二六日

規則第二五七号

大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則を公布する。

### 大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則

#### (趣旨)

第一条 この規則は、大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例(昭和四十七年東京都条例第百十七号。以下「条例」という。)の施行について必要な事項を定めるものとする。

#### (用語)

第二条 この規則で使用する用語は、条例で使用する用語の例による。

#### (東京都規則で定める法令)

第二条の二 条例第三条第五号の東京都規則で定める法令は、次に掲げるとおりとする。

- 一 健康保険法(大正十一年法律第七十号)
- 二 船員保険法(昭和十四年法律第七十三号)
- 三 国家公務員共済組合法(昭和三十三年法律第百二十八号)
- 四 地方公務員等共済組合法(昭和三十七年法律第百五十二号)
- 五 私立学校教職員共済法(昭和二十八年法律第二百四十五号)
- 六 高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号)

(平一二規則三三五・追加、平二〇規則四・平二六規則一五五・一部改正)

#### (認定申請書)

第三条 条例第四条の規定に基づき、医療費の助成を受けようとする者は、認定申請書(別記第一号様式)に次に掲げる書類を添付して知事に申請しなければならない。

- 一 申請日前三月以内に作成された主治医診療報告書(申請に係る疾病が条例第二条第二号に規定する疾病である場合にあつては別記第一号様式の二、同条第一号、第三号及び第四号に規定する疾病である場合にあつては別記第一号様式の三)
  - 二 住民票の写し(申請日前一月以内に交付されたものに限る。以下同じ。)
  - 三 医療保険各法及びこれらに基づく命令に規定する被保険者、被扶養者、組合員又は加入者の資格に係る情報(以下「被保険者等資格情報」という。)が確認できる書類
- 2 前項の申請に係る疾病が条例第二条第一号、第三号及び第四号に規定する疾病である場合は、前項の書類に加え、胸部エックス線フィルム(直接撮影によるものに限る。以下同じ。)を添付しなければならない。
- 3 第一項の申請に係る疾病が条例第二条第二号に規定する疾病である場合において、条例第五条第一項に規定する審査会が意見を述べるために必要であると知事が認めるときは、第一項の申請を行つた者は、知事が別に定めるところにより、胸部エックス線フィルムを提出しなければならない。

4 第一項第三号に掲げる書類は、当該書類と同様の内容を含む情報の提供(知事が別に定める方法に限る。)をすることができる場合は、添付を省略することができる。

(平二〇規則四・全改、平二六規則一五五・令六規則一五七・一部改正)

(医療券及び通知書)

第四条 条例第七条第一項の規定に基づき医療券を交付する場合にあつては別記第二号様式に、通知書を交付する場合にあつては別記第三号様式によるものとする。

(平二〇規則四・全改)

(医療券の返還)

第五条 被認定者は、条例第三条に規定する要件に該当しなくなつたとき又は条例第五条第二項に規定する認定の有効期間若しくは第六条第二項の規定により更新された条例第五条第二項に規定する認定の有効期間を過ぎたときは、速やかに医療券を知事に返還しなければならない。

2 被認定者が死亡し、又は失そうしたときは、戸籍法(昭和二十二年法律第二百二十四号)による死亡又は失そうの届出義務者は、速やかに医療券を知事に返還しなければならない。

(平二〇規則四・一部改正)

(医療券の再交付)

第六条 被認定者は、医療券を破損し、汚し、又は紛失したときは、医療券再交付申請書(別記第四号様式)により、破損し、又は汚した医療券を添付して知事に医療券の再交付を申請することができる。

2 医療券の再交付を受けたのち、紛失した医療券を発見したときは、速やかに発見した医療券を知事に返還しなければならない。

(平一四規則二四六・平二〇規則四・一部改正)

(認定期間の更新)

第七条 条例第六条第一項の規定に基づき認定の有効期間の更新を受けようとする者は、認定申請書(別記第一号様式)に次に掲げる書類を添付して当該認定の有効期間の満了の日までに知事に申請しなければならない。ただし、知事が特別な理由があると認める場合は、この限りでない。

- 一 有効期間の満了の日前三月以内に作成された主治医診療報告書(申請に係る疾病が条例第二条第二号に規定する疾病である場合にあつては別記第一号様式の二、同条第一号、第三号及び第四号に規定する疾病である場合にあつては別記第一号様式の三)
  - 二 住民票の写しその他住所を確認することができる書類
  - 三 被保険者等資格情報が確認できる書類
  - 四 医療券
- 2 前項第三号に掲げる書類は、当該書類と同様の内容を含む情報の提供(知事が別に定める方法に限る。)をすることができる場合は、添付を省略することができる。

(平二〇規則四・全改、平二六規則一五五・令六規則一五七・一部改正)

(助成)

第八条 条例第九条第一項の規定に基づく医療費の助成については、知事が別に定める書類による医療機関等からの請求に基づき支払うものとする。

2 条例第九条第二項の規定に基づく医療費の助成については、被認定者からの医療費支給申請書兼口座振替依頼書(別記第八号様式)による申請に基づき支払うものとする。

(昭五一規則一一八・昭五八規則四五・昭五九規則一九〇・平三規則九・平八規則六三・平一二規則八九・平一四規則二四六・平二〇規則四・一部改正)

(届出)

第九条 条例第十条の規定に基づく届出は、変更届(別記第九号様式)に住民票の写し及び医療券を添付して行うものとする。

2 被認定者は、被認定者に係る被保険者等資格情報の内容に変更(氏名又は住所の変更を除く。)があつたときは、変更届に被保険者等資格情報が確認できる書類及び医療券を添付して、速やかに知事に届け出なければならない。

3 前項の被保険者等資格情報が確認できる書類は、当該書類と同様の内容を含む情報の提供(知事が別に定める方法に限る。)をすることができる場合は、添付を省略することができる。

(昭五一規則一一八・昭五八規則四五・昭五九規則一九〇・平一五規則二二五・平二〇規則四・令六規則一五七・一部改正)

(医療費助成対象者証明書の交付)

第十条 知事は、第六条第一項の規定により医療券再交付申請書を受理したとき、又は前条の規定により変更届を受理したときで医療券の記載事項に変更があるときは、医療券の再発行を直ちに行う場合を除き、東京都医療費助成対象者証明書(別記第十号様式)を交付するものとする。

(平一六規則二一九・追加)

(委任)

第十一條 条例及びこの規則に基づく認定及び医療券又は通知書の発行に関する事務については、市町村(八王子市及び町田市を除く。)の存する区域にあつては、審査会を設置する保健所の長に委任する。

(平一二規則八九・一部改正、平一六規則二一九・旧第十条繰下・一部改正、平一八規則二八二・平二二規則二二六・一部改正)

(実施細目)

第十二条 知事は、この規則に定めるもののほか、医療費助成の実施に関して必要な細目を定めることができる。

(平二〇規則四・追加)

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(昭和四八年規則第六〇号)

この規則は、昭和四十八年四月一日から施行する。

附 則(昭和五〇年規則第四四号)

この規則は、昭和五十年四月一日から施行する。

附 則(昭和五一年規則第一一八号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(昭和五八年規則第四五号)

- 1 この規則は、昭和五八年四月一日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則(以下「旧規則」という。)第四条の規定により交付された医療券で、現に効力を有するものは、その有効期間中に限り、この規則による改正後の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則(以下「新規則」という。)第四条の医療券とみなす。
- 3 この規則の施行の際、旧規則の別記様式による次の表の上欄に掲げる用紙で、現に残存するものは、新規則の別記様式による次の表の下欄に掲げる用紙とみなし、なお使用することができる。

認定申請書(第一号様式)	認定申請書(第一号様式)
医療券再交付申請書(第四号様式)	医療券再交付申請書(第四号様式)
認定期間更新申請書(第五号様式)	認定期間更新申請書(第五号様式)
東京都負担医療費請求書(第六号様式の一)	東京都負担医療費請求書(第六号様式)
東京都負担医療費請求書(第六号様式の二)	東京都負担医療費請求書(第六号様式の二)
請求書(第八号様式の一)	医療費支給申請書兼口座振替依頼書(第十号様式)
請求書(第八号様式の二)	医療費支給申請書兼口座振替依頼書(第十号様式)
住所等変更届(第九号様式)	変更届(第十一号様式)

附 則(昭和五九年規則第一九〇号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則第一号様式、第二号様式、第五号様式、第九号様式、第九号様式の二、第十号様式及び第十一号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(平成元年規則第八八号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則第一号様式、第二号様式、第四号様式、第五号様式、第六号様式、第六号様式の二、第七号様式、第七号様式の二、第八号様式及び第九号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(平成三年規則第九号)

- 1 この規則は、平成三年四月一日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則第一号様式、第二号様式、第五号様式、第六号様式、第七号様式及び第八号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(平成三年規則第二二四号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則別記第三号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(平成六年規則第一七五号)

- 1 この規則は、平成六年十月一日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則別記第二号様式及び第六号様式から第八号様式までによる用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(平成八年規則第六三号)

- 1 この規則は、平成八年四月一日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則別記第一号様式から第三号様式まで及び第五号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(平成一〇年規則第一四五号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則別記第四号様式及び第六号様式から第九号様式までによる用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(平成一一年規則第一七二号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則別記第一号様式、第四号様式、第五号様式及び第九号様

式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(平成一二年規則第八九号)

この規則は、平成十二年四月一日から施行する。

附 則(平成一二年規則第三三五号)

- 1 この規則は、平成十二年九月一日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則別記第八号様式及び第九号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(平成一四年規則第一五五号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則別記第六号様式及び第七号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(平成一四年規則第二四六号)

- 1 この規則は、平成十五年一月一日から施行する。ただし、附則第四項の規定は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則(以下「旧規則」という。)別記第二号様式による医療券で、現に効力を有するものは、この規則による改正後の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則(以下「新規則」という。)別記第二号様式による医療券とみなす。
- 3 新規則第三条の規定による認定申請書の添付書類については、この規則の施行の日(以下「施行日」という。)から起算して一月を経過するまでの間は、なお従前の例によることができる。
- 4 施行日以後に医療費助成の認定期間が満了する者に係る認定期間の更新の申請及び受理については、施行日前においても、新規則第七条第一項の規定により行うことができる。
- 5 この規則の施行の際、旧規則別記第一号様式、第四号様式、第五号様式及び第九号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(平成一五年規則第二二五号)

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則(以下「旧規則」という。)別記第二号様式による医療券で、現に効力を有するものは、この規則による改正後の大気汚染に係る健康障害者に対

する医療費の助成に関する条例施行規則別記第二号様式による医療券とみなす。

- 3 この規則の施行の際、旧規則別記第一号様式の二、第二号様式、第六号様式及び第八号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

(特別区における東京都の事務処理の特例に関する条例に基づき特別区が処理する事務の範囲等を定める規則の一部改正)

- 4 特別区における東京都の事務処理の特例に関する条例に基づき特別区が処理する事務の範囲等を定める規則(平成十二年東京都規則第百五十二号)の一部を次のように改正する。

[次のように] 略

附 則(平成一六年規則第二一九号)

- 1 この規則は、平成十六年十月一日から施行する。ただし、附則第三項の規定は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則(以下「旧規則」という。)別記第二号様式による医療券で、現に効力を有するものは、この規則による改正後の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則(以下「新規則」という。)別記第二号様式による医療券とみなす。
- 3 この規則の施行の日以後に医療費助成の認定期間が満了する者に係る認定期間の更新の申請については、同日前においても、新規則別記第一号様式の二、第一号様式の三及び第五号様式を使用して行うことができる。
- 4 この規則の施行の際、旧規則別記第一号様式の二、第一号様式の三及び第二号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(平成一七年規則第一一六号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則別記第一号様式の二、第三号様式及び第八号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(平成一八年規則第二三五号)

- 1 この規則は、平成十八年十月一日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則(以下「旧規則」という。)別記第二号様式による医療券で、現に効力を有するものは、この規則による改正後の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則別記第二号様式による医療券とみなす。
- 3 この規則の施行の際、旧規則別記第六号様式及び第八号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(平成一八年規則第二八二号)

- 1 この規則は、平成十九年四月一日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則別記第一号様式の三による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(平成二〇年規則第四号)

- 1 この規則は、大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例の一部を改正する条例(平成十九年東京都条例第百三十八号。以下「一部改正条例」という。)の施行の日(以下「条例施行日」という。)から施行する。ただし、次項から附則第四項までの規定は、公布の日から施行する。
- 2 条例施行日の属する月の三月前の月の初日から条例施行日の前日までの間ににおいて、一部改正条例による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例(以下「旧条例」という。)第四条の規定に基づき医療費の助成を受けようとする者又は旧条例第五条第二項ただし書の規定に基づき認定の有効期間の更新を受けようとする者は、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則(以下「改正前の規則」という。)第三条及び第七条の規定にかかわらず、認定申請書(附則別記第一号様式)に次に掲げる書類(第一号の書類に代えて、条例施行日の属する月の三月前の月の初日の前日までに作成された改正前の規則別記第一号様式の二による主治医診療報告書及び別記第一号様式の三による健康状態に関する申告書を添付する場合にあっては、当該書類)を添付して知事に申請しなければならない。
  - 一 申請日前三月以内に作成した主治医診療報告書(申請に係る疾病が気管支ぜん息又はその続発症である場合にあっては附則別記第二号様式、慢性気管支炎、ぜん息性気管支炎、肺気しゅ又はこれらの続発症である場合にあっては附則別記第三号様式)
  - 二 住民票の写し(申請日前一月以内に交付されたものに限る。)
  - 三 被保険者証等の写し
  - 四 医療券(旧条例第五条第二項ただし書の規定に基づき認定の有効期間の更新を受けようとする場合に限る。)
- 3 前項の申請に係る疾病が慢性気管支炎、ぜん息性気管支炎又は肺気しゅである場合は、同項の書類に加え、胸部エックス線フィルム(直接撮影されたものに限る。以下同じ。)を添付しなければならない。
- 4 附則第二項の申請に係る疾病が気管支ぜん息である場合において、旧条例第五条第一項に規定する審査会が意見を述べるために必要であると知事が認めるときは、知事が別に定めるところにより、胸部エックス線フィルムを提出しなければならない。
- 5 この規則の施行の際、改正前の規則別記第二号様式による医療券で、現に効力を有するものは、この規則による改正後の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則別記第二号様式による医療券とみなす。

## 附則別記

## 第1号様式

新規・更新		認定申請書																																															
※ 新規又は更新に○印を付けてください。																																																	
患 者	フリガナ 氏名	姓	名	男 女	生年月日	明 大 昭 平 年 月 日生 (満 歳)	電話番号	( )	住所	郵便番号 東京都 区町 市村	丁目	番地 番地		団地・荘 マンション	号	様方	保険証等	種類	政府・船員・日雇・組合・共済・国保・(退職被保険者)	本人・家族		記号	番号			保険者番号	※番号は右詰めで記入してください。		疾 病 名	1 気管支ぜん息 2 慢性気管支炎 3 ぜん息性気管支炎 4 肺気しゆ 5 統発症( ) ※2~4は18歳未満のみ			医療券番号	※医療券番号欄は、更新申請の方のみ記入 (現在お持ちの医療券番号を転記してください。)			居住期間 ↑ 新 ↓ 古	昭和・平成 年から 年間	現在地に居住 都道府県 町村 に居住		申 請	該当する数字に○印を付けてください。 1 患者本人が申請者……以下の各項目の記入は不要です。 2 申請者が患者と同居……申請者の氏名・フリガナ・患者との関係のみ記入してください。 3 申請者が患者と非同居…以下の各項目を記入してください。				フリガナ 氏名	姓	名	患者との関係
	フリガナ 氏名	姓	名	男 女																																													
	生年月日	明 大 昭 平 年 月 日生 (満 歳)	電話番号	( )																																													
	住所	郵便番号 東京都 区町 市村	丁目	番地 番地																																													
		団地・荘 マンション	号	様方																																													
	保険証等	種類	政府・船員・日雇・組合・共済・国保・(退職被保険者)	本人・家族																																													
		記号	番号																																														
		保険者番号	※番号は右詰めで記入してください。																																														
	疾 病 名	1 気管支ぜん息 2 慢性気管支炎 3 ぜん息性気管支炎 4 肺気しゆ 5 統発症( ) ※2~4は18歳未満のみ																																															
	医療券番号	※医療券番号欄は、更新申請の方のみ記入 (現在お持ちの医療券番号を転記してください。)																																															
居住期間 ↑ 新 ↓ 古	昭和・平成 年から 年間	現在地に居住 都道府県 町村 に居住																																															
申 請	該当する数字に○印を付けてください。 1 患者本人が申請者……以下の各項目の記入は不要です。 2 申請者が患者と同居……申請者の氏名・フリガナ・患者との関係のみ記入してください。 3 申請者が患者と非同居…以下の各項目を記入してください。																																																
	フリガナ 氏名	姓	名	患者との関係																																													

大気汚染による健康障害者に対する医療費の助成に関する  
を受けたいので、別紙関係書類を添えて申請します。

年 月 日 申請者印

申請者の方は、点線で囲まれた部分は記入しないでください。

認定状況		整理番号
審査会の意見		受付年
医療費助成	1 認定	2 非認定
決定年月日	1 認定	2 非認定
医療券有効期間	交付年 ~	
医療券番号		

## 第2号様式

主 治 医 診 療 報 告 書 (気 管 支 ゼ ん 息 用)				新規・更新		
氏 名	男・女	生年月日	年 月 日 (満 才)	医学的検査結果(注)		
住 所				① 血液検査結果	検査日 年 月 日	
				白 血 球 数 $/ \mu l$	血液像 $Eo \%$	
				非特異的IgE (検査日 年 月 日) $IU/ml$		
				② アレルゲン検査結果		
				検査方法	検査結果	検査日 年 月 日
				(いずれかを選択) A 血液検査 〔特異的IgE抗体 その他( )〕	1 ダニ 陽性 2 疑陽性	
				B 皮膚テスト 〔スクラッチ、ブリック、皮内〕	3 隆起性	
				呼吸機能検査結果(注)2		
				VC $ml( \%)$	FEV <sub>1.0</sub> %	%
				FVC $ml( \%)$	$\dot{V}_{50}$	$1/s( \%)$
				FEV <sub>1.0</sub> $ml( \%)$	$\dot{V}_{25}$	$1/s( \%)$
その他特記事項						
<p>新規申請の場合は、次の検査データを必ず記入してください。</p> <p>(1) ①血液検査結果及び②アレルゲン検査結果 (診断が確定したときの検査結果でもかまいません。)</p> <p>(2) ③胸部エックス線検査結果(過去6か月以内の検査結果)</p> <p>(注)1 更新申請の場合は、医学的検査結果の記入は任意です。診断・治療に際して実施した検査がある場合は検査データを記入してください。</p> <p>2 呼吸機能検査は新規、更新とともに必須検査ではありませんが、検査データがありましたら記入してください。また、カッコ内は、正常測定値との比率(%)を記載してください。</p>						
				上記のとおり報告します。 年 月 日		
				医療機関名		
<b>診療状況等</b> 申請に係る 病名 1 気管支ぜん息 2 総発症( ) 発症時期 蔓 か月ごろ 年 月ごろ						
最近1年間の上記申請疾病に係る受診状況(該当する項目にチェックをして数字を記入してください。)						
入院 1□あり( )回 2□なし						
通院 1□年に____回程度 2□月に____回程度 3□週に____回程度						
症状等(*)						
1□発作性のせき、ぜん鳴、呼吸困難がある。 2□様々な刺激で発作が誘発され、その発作は自然に、又は気管支拡張剤等の投与により改善される。 3□症状又は検査結果からみて気道が過敏である。 4□ぜん鳴又はぜん息発作が2年以内にあつた。 5□これまでに生じた気管支ぜん息症状は、他の心肺疾患、先天性異常、発達異常によるものではない。						
気管支ぜん息に 対する治療(*)						
1□吸入ステロイド(量:低/中/高)※量は任意記載です。 5□経口ステロイド 2□テオフィリン徐放製剤 6□その他( )						
3□ロイコトリエン受容体拮抗薬 7□発作時のみ気管支拡張薬を使用 4□長時間作用性 $\beta_2$ 刺激薬 8□減感作療法						
重 症 度 分 類						
1□(軽症)間欠型 2□軽症持続型 3□中等症持続型 4□重症持続型						
喫煙状況(*)						
1□喫煙している。(1日約本) 2□以前は喫煙していたが、現在は喫煙していない。 3□喫煙したことがない。				今までの喫煙状況を記入してください。 平均( )本を( )年間喫煙		

## 第3号様式

主 治 医 療 告 告 書 (18歳未満を対象とする慢性気管支炎・ぜん息性気管支炎・肺気しう用)																																																																							
氏 名	男・女	生年月日	年 月 日 (満 才)																																																																				
住 所																																																																							
診療状況等																																																																							
<p>申請に係る疾病名 1慢性気管支炎 2ぜん息性気管支炎 3肺気しう 4続発症( ) 発症時期 蔡 か月ごろ 年 月ごろ</p> <p>最近1年間に上記申請疾病に係る受診状況(該当する項目にチェックをして数字を記入してください。)</p> <p>入院 1□あり( 回) 2□なし</p> <p>通院 1□年に 回程度 2□月に 回程度 3□週に 回程度</p> <p>ぜん息性気管支炎で申請する場合は、1から5までのうち該当する症状にチェックしてください(複数選択可)。</p> <p>1□ぜん鳴は他の心肺疾患など、明らかな先天性異常、発達異常に由ら。</p> <p>2□ぜん鳴又はぜん息発作が2年内にあつた。</p> <p>3□主として低音性のぜん鳴を聴取する。</p> <p>4□医師の治療を要する気管支炎を1年に4回以上繰り返している。</p> <p>5□吸気性陥没、鼻翼呼吸、著明な呼気延長、起座呼吸、チアノーゼなど努力性呼吸はないか、あつても軽い。</p> <p>慢性気管支炎で申請する場合は、6及び7のうち該当する症状にチェックしてください(複数選択可)。</p> <p>6□慢性咳嗽(しつせいがいそう)が6か月以上持続する。</p> <p>7□気管支ぜん息ではない。</p>																																																																							
治療等	<p>現在の治療内容を薬品名、量及び使用法等について具体的に記載してください。また、診断に至った経過、理由及び鑑別診断についても記載してください。</p>																																																																						
新規・更新																																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">医学的検査結果(注)</th> <th colspan="2">検査日 年 月 日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>血液検査結果</td> <td></td> <td>白血球数</td> <td>μl</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>血液像</td> <td>Eo %</td> </tr> <tr> <td colspan="2">非特異的IgE</td> <td colspan="2">IU/ml</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(検査日 年 月 日)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <th colspan="2">アレルゲン検査結果</th> <th colspan="2">検査日 年 月 日</th> </tr> <tr> <td rowspan="3">検査方法</td> <td>(いずれかを選択)</td> <td rowspan="3">検査結果</td> <td>1 阳性</td> </tr> <tr> <td>A 血液検査 〔特異的IgE抗体 その他( )〕</td> <td>1 ダニ</td> </tr> <tr> <td>B 皮膚テスト 〔スクラッチ、ブリック、皮内〕</td> <td>2 疑陽性 2 ハウスダスト 3 陰性</td> </tr> <tr> <th colspan="2">呼吸機能検査結果(注)2</th> <th colspan="2">検査日 年 月 日</th> </tr> <tr> <td>VC</td> <td>m1( %)</td> <td>DLCO</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>FEV<sub>1.0</sub></td> <td>m1( %)</td> <td>V<sub>50</sub></td> <td>1/s( %)</td> </tr> <tr> <td>FEV<sub>1.0</sub>%</td> <td>%</td> <td>V<sub>25</sub></td> <td>1/s( %)</td> </tr> <tr> <td colspan="6">その他特記事項</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <p>新規申請の場合は、次の検査結果を必ず記入してください。</p> <p>(1) ぜん息性気管支炎、慢性気管支炎の新規申請</p> <p>① 血液検査結果及びアレルゲン検査結果(過去6か月以内の検査結果) ② 胸部エックス線検査結果(過去3か月以内の検査結果)</p> <p>(2) 肺気しうの新規申請</p> <p>① 呼吸機能検査結果(過去1か月以内の検査結果、7歳未満は省略可) ② 胸部エックス線検査結果(過去3か月以内の検査結果)</p> <p>(注)1 更新申請の場合、医学的検査結果の記入は任意です。診断・治療に際して、実施した検査がある場合は、検査データを記入してください 2 カッコ内は、正常予測値との比率(%)を記載してください。</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: right;">上記のとおり報告します。 年 月 日</td> </tr> </tbody> </table>						医学的検査結果(注)		検査日 年 月 日		血液検査結果		白血球数	μl			血液像	Eo %	非特異的IgE		IU/ml		(検査日 年 月 日)				アレルゲン検査結果		検査日 年 月 日		検査方法	(いずれかを選択)	検査結果	1 阳性	A 血液検査 〔特異的IgE抗体 その他( )〕	1 ダニ	B 皮膚テスト 〔スクラッチ、ブリック、皮内〕	2 疑陽性 2 ハウスダスト 3 陰性	呼吸機能検査結果(注)2		検査日 年 月 日		VC	m1( %)	DLCO	%	FEV <sub>1.0</sub>	m1( %)	V <sub>50</sub>	1/s( %)	FEV <sub>1.0</sub> %	%	V <sub>25</sub>	1/s( %)	その他特記事項						<p>新規申請の場合は、次の検査結果を必ず記入してください。</p> <p>(1) ぜん息性気管支炎、慢性気管支炎の新規申請</p> <p>① 血液検査結果及びアレルゲン検査結果(過去6か月以内の検査結果) ② 胸部エックス線検査結果(過去3か月以内の検査結果)</p> <p>(2) 肺気しうの新規申請</p> <p>① 呼吸機能検査結果(過去1か月以内の検査結果、7歳未満は省略可) ② 胸部エックス線検査結果(過去3か月以内の検査結果)</p> <p>(注)1 更新申請の場合、医学的検査結果の記入は任意です。診断・治療に際して、実施した検査がある場合は、検査データを記入してください 2 カッコ内は、正常予測値との比率(%)を記載してください。</p>						上記のとおり報告します。 年 月 日					
医学的検査結果(注)		検査日 年 月 日																																																																					
血液検査結果		白血球数	μl																																																																				
		血液像	Eo %																																																																				
非特異的IgE		IU/ml																																																																					
(検査日 年 月 日)																																																																							
アレルゲン検査結果		検査日 年 月 日																																																																					
検査方法	(いずれかを選択)	検査結果	1 阳性																																																																				
	A 血液検査 〔特異的IgE抗体 その他( )〕		1 ダニ																																																																				
	B 皮膚テスト 〔スクラッチ、ブリック、皮内〕		2 疑陽性 2 ハウスダスト 3 陰性																																																																				
呼吸機能検査結果(注)2		検査日 年 月 日																																																																					
VC	m1( %)	DLCO	%																																																																				
FEV <sub>1.0</sub>	m1( %)	V <sub>50</sub>	1/s( %)																																																																				
FEV <sub>1.0</sub> %	%	V <sub>25</sub>	1/s( %)																																																																				
その他特記事項																																																																							
<p>新規申請の場合は、次の検査結果を必ず記入してください。</p> <p>(1) ぜん息性気管支炎、慢性気管支炎の新規申請</p> <p>① 血液検査結果及びアレルゲン検査結果(過去6か月以内の検査結果) ② 胸部エックス線検査結果(過去3か月以内の検査結果)</p> <p>(2) 肺気しうの新規申請</p> <p>① 呼吸機能検査結果(過去1か月以内の検査結果、7歳未満は省略可) ② 胸部エックス線検査結果(過去3か月以内の検査結果)</p> <p>(注)1 更新申請の場合、医学的検査結果の記入は任意です。診断・治療に際して、実施した検査がある場合は、検査データを記入してください 2 カッコ内は、正常予測値との比率(%)を記載してください。</p>																																																																							
上記のとおり報告します。 年 月 日																																																																							

附 則(平成二〇年規則第二二四号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則別記第一号様式、第一号様式の二及び第九号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(平成二二年規則第二二六号)

この規則は、平成二十三年四月一日から施行する。

附 則(平成二五年規則第五号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則別記第八号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(平成二六年規則第一五五号)

- 1 この規則は、平成二十七年四月一日(以下「施行日」という。)から施行する。
- 2 施行日前になされたこの規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則(以下「旧規則」という。)第三条の規定による申請に対する認定及び旧規則第七条の規定による更新の申請に対する認定の有効期間の更新については、旧規則第二条の二、第三条及び第七条の規定並びに別記第一号様式及び第一号様式の二の規定は、なおその効力を有する。
- 3 大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例の一部を改正する条例(平成二十六年東京都条例第百二十三号。以下「一部改正条例」という。)附則第六項の規定により医療費の助成を受ける者に係るこの規則による改正後の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則(以下「新規則」という。)第二条の二、第五条第一項及び第七条第一号の規定の適用については、第二条の二中「条例第三条第五号」とあるのは「大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例の一部を改正する条例(平成二十六年東京都条例第百二十三号。)による改正前の条例第三条第四号」と、第五条第一項中「条例第三条」とあるのは「大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例の一部を改正する条例による改正前の条例第三条」と、第七条第一号中「条例第二条第二号に規定する疾病である場合にあつては別記第一号様式の二、同条第一号、第三号及び第四号に規定する疾病である場合にあつては別記第一号様式の三」とあるのは「大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例の一部を改正する条例による改正前の条例第二条第一項に規定する疾病である場合にあつては別記第一号様式の二」とする。
- 4 一部改正条例附則第六項の規定により読み替えて適用される一部改正条例による改正後の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例第八条第一項に規定する規則で定める自己負担額は、月額六千円とする。

- 5 一部改正条例附則第七項の規定により医療費の助成を受ける者に係る新規則第五条第一項の規定の適用については、同項中「条例第三条」とあるのは、「条例第三条(第四号を除く。)」とする。
- 6 この規則の施行の際、旧規則別記第二号様式による医療券で、現に効力を有するものは、新規則別記第二号様式による医療券とみなす。
- 7 この規則の施行の際、旧規則別記第一号様式及び第一号様式の二による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(平成二九年規則第一〇六号)

- 1 この規則は、平成三十年四月一日(以下「施行日」という。)から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則(以下「旧規則」という。)別記第二号様式による医療券で、現に効力を有するものは、この規則による改正後の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則別記第二号様式による医療券とみなす。
- 3 この規則の施行の際、旧規則別記第八号様式及び第九号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。
- 4 大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例の一部を改正する条例(平成二十六年東京都条例第百二十三号。以下「一部改正条例」という。)附則第六項の規定により医療費の助成を受ける者に係る一部改正条例による改正後の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例第七条第一項の規定に基づく医療券を交付する場合にあっては、別記附則様式によるものとする。
- 5 前項に規定する医療券の交付は、施行日前においても行うことができる。

別記

附則様式

(表面)

都 医療券 (本人負担有り)						
負担者番号		8	2	1	3	7
受給者番号						
対象者	住所					
	氏名					
	生年月日					
疾病名						
有効期間						
月額自己負担 限度額						
助成内容						

上記のとおり決定します。

年 月 日

東京都知事

大きさ

縦 140ミリメー

(裏面)

注意事項

- 1 認定された疾病について治療等を受けるときは、必ずこの医療券に医療保険資格が確認でき  
び自己負担限度額管理票(別紙)を添えて医療機関等(病院、診療所又は保険薬局)に提示して  
東京都の契約医療機関等では、医療券の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額  
等に支払うことになります。  
なお、入院時の食事療養・生活療養標準負担額は、助成の対象となりません。  
また、次の証の交付を受けている方は、医療保険資格が確認できる書類とともに次の証も医  
に提示してください。  
(1) 後期高齢者医療の限度額適用・標準負担額減額認定証(後認定証)  
(2) 高齢受給者証及び限度額適用・標準負担額減額認定証(高齢認定証等)  
※ 東京都と契約していない医療機関等では、この医療券は使えません。保険を適用した自  
が上記患者一部負担額を超える場合は、医療費支給申請の手続をしてください。
- 2 次の場合は、この医療券を区市町村の担当窓口に持参し、変更の手続をしてください。
  - (1) 氏名や住所を変更したとき(住民票の写しが必要です。)。
  - (2) 医療保険の種類や記号・番号が変わったとき。
  - (3) 高齢者の医療の確保に関する法律に基づく被保険者になったとき(負担割合が変更とな  
又は受給資格がなくなったときも手続が必要です。)。
- 3 次の場合は、理由を添えてこの医療券を区市町村の担当窓口へお返しください。
  - (1) 有効期間が満了したとき。
  - (2) 都外へ転出したとき。
  - (3) 生活保護などの医療給付を受けられるようになったとき。
  - (4) 治ゆ、死亡などにより、この医療券を使用しなくなつたとき。
  - (5) その他条例に定める要件に該当しなくなつたとき。
- 4 この医療券を破損し、汚し、又は紛失したときは、区市町村の担当窓口で医療券の再交付の  
てください。

## 別紙

(表)

## 自己負担限度額管理票(東京都大気汚染医療費助成用)

受給者氏名		受給者番号				
-------	--	-------	--	--	--	--

年 月分 月額自己負担限度額

下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。

確認欄	日付	医療機関名	
	月 日		

日付	医療機関名	自己負担額	月額自己負担額累計額	自己負
月 日				
月 日				

大きさ

縦 [ 89ミリメートル  
横 [ 174ミリメートル

(裏)

日 付	医 療 機 関 名	自己負担額	月額自己負 担額累計額	自己負 担額累計額
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

附 則(令和元年規則第三〇号)

- 1 この規則は、令和元年七月一日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の東京都規則の様式(この規則により改正されるものに限る。)による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(令和二年規則第二三号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則別記第一号様式及び第一号様式の二による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(令和三年規則第五一号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則別記第二号様式、第三号様式、第八号様式及び第十号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(令和三年規則第五二号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則別記附則様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(令和四年規則第一六七号)

- 1 この規則は、令和四年七月一日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則別記第二号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(令和六年規則第一五七号)

- 1 この規則は、令和六年十二月二日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則別記第一号様式、第二号様式、第八号様式及び第九号様式並びに大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則別記附則様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

別記

## 別記

第1号様式(第3条、第7条関係)

東京都大気汚染医療費助成 認定申請書  
 保健所設置区市長・認定審査会設置保健所長 殿  
 私は、大気汚染に係る健康障害者の医療費の助成に関する条例第4条(新規)又は第6条(更新)の規定により、別添関係書類を添えて以下のとおり申請します。

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新			年	
①患者(本人)	フリガナ				
	氏名	姓		名	
	生年月日	年 月 日生(歳)		電話番号	( )
	住所	郵便番号( ) 東京都			
被保険者等資格情報	種類	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 日雇健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 国保組合(を含む) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> 退職 <input checked="" type="checkbox"/> 国保又(社保)			
	記号		番号	保険者番号 (左詰めで記入)	
	後期高齢者医療制度に加入 又は 70歳以上の場合		一部負担の割合 ( <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割)		
疾病名	<input type="checkbox"/> 気管支ぜん息 ( <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> ぜん息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺気腫)			<input type="checkbox"/> 続発	
②保護者等	フリガナ				
	氏名	姓 <input type="checkbox"/> ①と同じ		名	
	住所	<input type="checkbox"/> ①と同じ 郵便番号( )		電話番号 ( )	
提出者	<input type="checkbox"/> ①患者(本人) <input type="checkbox"/> ②保護者 <input type="checkbox"/> その他(①、②以外の方が書類を提出する場合は氏名・住所等を記入)				
	氏名			電話番号 ( )	
	住所	<input type="checkbox"/> ①と同じ <input type="checkbox"/> ②と同じ			
居住状況	<input type="checkbox"/> 〔新規申請〕現住所に1年以上居住			<input type="checkbox"/> 〔更新申請〕前回申請・届出時から転居	
	□転居あり 期間	新	年 月 から 申請日現在 まで	現住所	に居住
		↑ 古	年 月 から 年 月 まで		に居住
非喫煙の確認 (患者本人)	<input type="checkbox"/> 現在喫煙をしておらず、今後認定期間中に喫煙しない。				

## 第1号様式の2(第3条、第7条関係)

主 治 医 診 療 報 告 書 ( 気 管 支 ゼ ン 息 用 )					
氏名	男・女 生年 月日	年 月 日 (満 才)			
住 所					
診療状況等					
申請に係る 疾病名	1 気管支ぜん息(発症時期: ____歳____か月頃, <input type="checkbox"/> 不詳) → <input type="checkbox"/> ①現在も症状継続 → <input type="checkbox"/> ②一度症状が消え、____歳で再発 2 続発症: <input type="checkbox"/> 肺性心, <input type="checkbox"/> 他(____歳____か月頃, <input type="checkbox"/> 不詳)				
	最近1年間の上記申請疾病に係る受診状況(該当する項目にチェック及び□をして数字を記入してください。)				
入院	1 <input type="checkbox"/> あり(____回: 最近の入院時期 年月)	2 <input type="checkbox"/> なし			
通院	定期受診: 年・月・週に____程度 定期外受診: 年・月・週に____程度				
診 断 根 據	1 繰り返し起こる発作性のせき、ぜん鳴、呼吸困難がある、又はあった。 2 せき、ぜん鳴、呼吸困難の症状は自然に、又は気管支拡張薬等の投与により改善される、又はされた。 3 症状や検査結果からみて、気道が過敏である。 4 せき、ぜん鳴や呼吸困難の症状は、他の心肺疾患、先天性異常、発達異常によるものではない。 <input type="checkbox"/> 上記項目1から4まで全て該当する。 <input type="checkbox"/> 該当しない項目がある。(下欄記載必須) →				
	*本来、気管支ぜん息であれば上記項目全て該当すると考えられます。非該当項目を選択の上、非該当にも関わらず気管支ぜん息と診断した理由を記載してください。非該当項目: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 【理由】				
	現 在 の 氣 管 支 ぜ ん 息 の 治 療 方 法 選 択 可 る	1 <input type="checkbox"/> 吸入ステロイド薬(量必須: 低/中/高)/長時間作用性 $\beta_2$ 刺激薬配合剤 2 <input type="checkbox"/> 単剤の吸入ステロイド薬(量必須: 低/中/高) 8 <input type="checkbox"/> 経口ステロイド薬(維持) 3 <input type="checkbox"/> 単剤の長時間作用性 $\beta_2$ 刺激薬 4 <input type="checkbox"/> ロイコトリエン受容体拮抗薬 5 <input type="checkbox"/> テオフィリン徐放製剤 6 <input type="checkbox"/> クロモグリク酸ナトリウム 7 <input type="checkbox"/> 抗IgE抗体			
		8 <input type="checkbox"/> 経口ステロイド薬(発作時のみ) 9 <input type="checkbox"/> 発作時のみ気管支拡張薬を使用 10 <input type="checkbox"/> 発作時のみ気管支拡張薬を使用 11 <input type="checkbox"/> アレルゲン免疫(減感作)療法 12 <input type="checkbox"/> 経過観察 13 <input type="checkbox"/> その他(____)			
		最近 1年間 の症状	1 <input type="checkbox"/> なし	2 <input type="checkbox"/> 年に数回	3 <input type="checkbox"/> 1回/月以上、1回/週未満
			4 <input type="checkbox"/> 1回/週以上、1回/日未満	5 <input type="checkbox"/> 毎日/生活に制限なし	6 <input type="checkbox"/> 毎日/生活に制限あり
		新規・更新			
		医学的検査結果			
		①血液検査結果 白血球数 $/ \mu l$ 血液像(好酸球) % 検査日 非特異的IgE IU/ml (標準値 IU/ml) 検査日			
②アレルゲン検査結果 検査日: 年月日 (いずれかを選択) (検査した項目を選択)					
A <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 特異的IgE抗体 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 1 <input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> 陽性(+) <input type="checkbox"/> 疑陽性(±) <input type="checkbox"/> 陰性(-) 2 <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 陽性(+) <input type="checkbox"/> 疑陽性(±) <input type="checkbox"/> 陰性(-) <input type="checkbox"/> 皮膚内					
呼吸機能検査結果 検査日: 年月日 *カッコ内は、正常予測値との比率(%)を記載してください。 VC ml(%) FVC ml(%) FEV <sub>1.0</sub> ml(%) FEV <sub>1.0%</sub> % $\dot{V}_{\text{max}}$ 1/s(%) $\dot{V}_{\text{exp}}$ 1/s(%)					
*主治医コメント欄(症状や治療の経過、合併症について等)					
上記のとおり報告します。 年月日 医療機関名 医療機関所在地					

## 第1号様式の3(第3条、第7条関係)

主 治 医 診 療 告 書 (18歳未満を対象とする慢性気管支炎・ぜん息性気管支炎・肺気しゆ用)				新規・更新	
氏名	男・女	生年月日	年月日 (満才)	医学的検査結果(注)	
住所				血液検査結果	検査日 年月日
				白血球数 $\mu\text{l}$	血液像 Eo %
				非特異的IgE	IU/ml
				(検査日 年月日)	
アレルゲン検査結果 検査日 年月日					
検査方法	(いずれかを選択)		検査結果		
	A 血液検査	1 ダニ		1 陽性	
	〔特異的〕IgE抗体 その他( )			2 疑似陽性	
B 皮膚テスト 〔スクラッチ、ブリック、皮内〕	2 ハウスダスト		3 陰性		
呼吸機能検査結果(注)2 検査日 年月日					
VC	m1(%)	DLco	%		
FEV <sub>1.0</sub>	m1(%)	$\dot{V}_{50}$	1/s(%)		
FEV <sub>1.0</sub> %	%	$\dot{V}_{25}$	1/s(%)		
その他特記事項					
新規申請の場合は、次の検査結果を必ず記入してください。					
(1) ぜん息性気管支炎、慢性気管支炎の新規申請					
① 血液検査結果及びアレルゲン検査結果(過去6か月以内の検査結果)					
② 胸部エックス線検査結果(過去3か月以内の検査結果)					
(2) 肺気しゆの新規申請					
① 呼吸機能検査結果(過去1か月以内の検査結果、7歳未満は省略可)					
② 胸部エックス線検査結果(過去3か月以内の検査結果)					
(注)1 更新申請の場合、医学的検査結果の記入は任意です。診断・治療に際して、実施した検査がある場合は、検査データを記入してください。					
2 カッコ内は、正常予測値との比率(%)を記載してください。					
上記のとおり報告します。 年月日					
治療等	現在の治療内容を薬品名、量及び使用法等について具体的に記載してください。また、診断に至った経過、理由及び鑑別診断についても記載してください。				

第2号様式(第4条関係)

(表 面)

都 医 療 券						
(食事療養標準負担額のみ本人負担)						
負担者番号		8	2	1	3	7
受給者番号						
対象者	住所					
	氏名					
	生年月日					
疾病名						
有効期間						
助成内容						
その他						

上記のとおり決定します。

年 月 日

東京都知事

大きさ

縦 140ミリ マー

(裏面)

注意事項

- 1 認定された疾病について治療等を受けるときは、必ずこの医療券に医療保険を認できる書類を添えて医療機関等(病院、診療所又は保険薬局)に提示してください。  
※ 東京都と契約している医療機関等又は東京都が開設する医療機関では、入院事療養標準負担額を除き自己負担金を徴収されません。  
これら以外の医療機関等で自己負担金を徴収された場合は、医療費支給申請をしてください。
- 2 次の場合は、この医療券を区市町村の担当窓口に持参し、変更の手続をしてください。
  - (1) 氏名や住所を変更したとき(住民票の写しが必要です。)。
  - (2) 医療保険の種類や記号・番号が変わったとき。
- 3 次の場合は、理由を添えてこの医療券を区市町村の担当窓口へお返しください。
  - (1) 有効期間が満了したとき。
  - (2) 都外へ転出したとき。
  - (3) 生活保護などの医療給付を受けられるようになったとき。
  - (4) 治ゆ、死亡などにより、この医療券を使用しなくなったとき。
  - (5) その他条例に定める要件に該当しなくなったとき。
- 4 この医療券を破損し、汚し、又は紛失したときは、区市町村の担当窓口で医療券交付の手続をしてください。

第3号様式(第4条関係)

第 号  
年 月 日

通 知 書

様

東京都知事

年 月 日付けで申請された  $\left\{ \begin{array}{l} \text{医療費の助成} \\ \text{認定の有効期間の更新} \end{array} \right\}$  につい  
は、下記の理由により  $\left\{ \begin{array}{l} \text{認定} \\ \text{認定の有効期間が更新} \end{array} \right\}$  されなかつたので通知い  
ます。

記

患 者 氏 名		生 年 月 日	年 月
疾 病 名			
認定又は認定の有効期間 が更新されなかつた理由			

(注) この通知書の内容については、  
ください。

にお問い合わせ

電 話 ( )

(日本産業規格

備考 行政不服審査法及び行政事件訴訟法の規定に基づく教示の文の標準を  
る規則(平成16年東京都規則第345号)別記第1に準じた教示の文を付すこと

第4号様式(第6条関係)

医療券再交付申請書								
フリガナ 患者氏名	姓			名		男 ・ 女	生年 月日	年 月
住 所						電話	( )	
	東京都			区郡 市島		丁目	番 番地	
申請 理由	団地・荘 マンション							
	1 破損した    2 汚した    3 紛失した (理由)							
上記の理由により、医療券の再交付を申請します。								
年 月 日								
<u>申請者氏名</u> 患者との続柄( )								
殿								
負担者番号		1 3			受理年月日		年 月	
受給者番号					受 受 印 欄			

(日本産業規格A4)

### 第8号様式(第8条関係)

### 醫療費支給申請書兼日座振替依頼書

公費負担者番号		1	3		受給者番号				
振込先口座 金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	預金種別	1 普通	2 当座	3 貯蓄				
		口座番号 (7桁)							
・ゆうちょ銀行への振込みも可能です。									
支店名	支店 出張所	口座名義人							
医療機関等証明のとおり、認定疾病に係る医療費の申請をします。支給額決定後は、上記の口座に振り込んでください。 また、本申請に関して、東京都が直接保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が東京都に当該情報を提供することに同意します									
東京都知事 殿 (受給者)									
(申請者) 受給者と申請者が同じ場合は記載不要です。									
〒( ) 住所									
氏名									
生年月日 年 月 日									
受給者との続柄( )									
電話									
申請理由 (いざれにチェック)									
<input type="checkbox"/> 有効期間内に主保険單独で支払をしたため <input type="checkbox"/> その他(理由を記載)									
診療 調剤	年月	保険種別	高額療養費制度の適用区分を記載	入院 外来 調剤	別	受診日数	左記のうち 1か月 有効期間内 かかつ公費対象の日数	1か月 総点数 内で(助成 割合)	印
			負担区分						
年 月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤		日	日		
年 月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤		日	日		
年 月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤		日	日		
年 月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤		日	日		
年 月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤		日	日		
年 月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤		日	日		
年 月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤		日	日		
注	窓口での患者負担額は当該診療月における保険點数分として窓口に支払った 疾病以外を含む。)の合計を記入してください。								
※財政難済標準負担額及び生活療養標準負担額は除きます。									
上記のとおり証明します。 [医科1・調剤4・看護6] 年 月 日									
所在地 施設名 管理者名 電話番号 ( )									

## 第9号様式(第9条関係)

変更届														
医療券番号	負担者番号	8	2	1	3	7					患者氏名			
	受給者番号									X				
下記の欄は、変更事項のみ、記入してください。														
患者	氏名変更日	年月日												
	フリガナ											男	生年月日	
	氏名	姓	名									・	年	
	住所変更日	年月日												
	住所			一					電話					
		東京都 区町 市村										丁目	番	
(ビル・マンション名、部屋番号、方書を記入してください。)														
変更事項 被保険者等資格情報	保険変更日	年月日												
	種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・後期高齢者												
	保険者番号											被保険者	本人	
	記号											負担割合※	※後期高齢者医療制度に 方は該当する負担割合に い。	
	番号												1割・2割	
申請者	氏名変更日	年月日												
	フリガナ													
	氏名	姓	名											
	住所変更日	年月日												
	住所			一					電話					
		東京都 区町 市村										丁目	番	
(ビル・マンション名、部屋番号、方書を記入してください。)														

(注)患者氏名、住所を変更したときは、住民票の写しを添付してください。

上記のとおり変更しましたので届けます。

第10号様式(第10条関係)

東京都医療費助成対象者証明書

本証明書の有効期間  
年 月  
年 月

医療券番号		負担者番号						疾病名				
		受給者番号										
対象者	氏 名 (生年月日)		( 年 月 )									
	住 所		東京都 区郡 市島			丁目 番 号						
助 成 内 容												
本証明書発行の理由				<p>(1) 氏 名 変 更 (2) 住 所 変 更 (3) 破 損 等 (4) その他( )</p> <p>の事務手続中のため</p>								

上記の者は、東京都医療費助成制度に基づく助成対象者であることを証明します

年 月 日

東京都知事

(注) 本証明書は、新しい医療券が交付された場合、直ちに本証明書交付窓口へ返  
さい。

附則別記

第1号様式

第2号様式

第3号様式

別記

附則様式

(令3規則52・令6規則157・一部改正)

別記

第1号様式(第3条、第7条関係)

(平26規則155・全改、令元規則30・令2規則23・令6規則157・一部改正)

第1号様式の2(第3条、第7条関係)

(平26規則155・全改、令元規則30・令2規則23・一部改正)

第1号様式の3(第3条、第7条関係)

(平20規則4・全改、令元規則30・一部改正)

第2号様式(第4条関係)

(平26規則155・全改、平29規則106・令3規則51・令4規則167・令6規則157・一部改正)

第3号様式(第4条関係)

(平20規則4・全改、令元規則30・令3規則51・一部改正)

第4号様式(第6条関係)

(平10規則145・全改、平11規則172・平12規則335・平14規則246・令元規則30・一部改正)

第5号様式及び第6号様式 削除

(平20規則4)

第7号様式 削除

(平14規則246)

第8号様式(第8条関係)

(令3規則51・全改、令6規則157・一部改正)

第9号様式(第9条関係)

(平29規則106・全改、令元規則30・令6規則157・一部改正)

第10号様式(第10条関係)

(平16規則219・追加、令元規則30・令3規則51・一部改正)