

【医療費・医療手当請求書（別紙1）の記入例・記入時留意点】

別紙1

医療費・医療手当請求書

① 個人番号	原則、記入不要						
② ふりがな 氏名	ちゅうおう たろう 中央 太郎		③ 生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日			
④ 現住所	東京都中央区明石町〇-〇			⑤ 世帯主 氏名	中央 太郎	続柄	本人
⑥ 受けた 予防接種 種類	新型コロナウイルスワクチン 臨時 〇回目			⑦ 実施 年月日	令和 〇年 〇月 〇日		
	⑧ 実施者	中央区長		⑨ 実施場所	〇〇医院		
	⑩ 居住地	東京都中央区明石町〇-〇					
⑪ 医療保険等の 種別	健保	国保	その他 ( )	⑫ 被保険者本人 (組合員本人) 被扶養者の別	本人 被扶養者		
⑬ 医療を受けた 医療機関の 名称及び所在地	〇〇医院(所在地) ..... 〇〇クリニック(所在地)						
⑭ 医療を受けた 日数	令和5年 4月分	令和5年 5月分	年 月 分	年 月 分	年 月 分	年 月 分	年 月 分
	入院外 診療実日数	3日	日	日	日	日	日
	入院日数	日	1日	日	日	日	日
⑮ 看護移送等につ いてはその内容	※医療保険で給付を受けた看護移送があれば、その状況及び医療保険で 当該給付を受けたか否かを記入してください。						
⑯ 患者負担額	予 防 接 種 医 療 費						
	[A+B] 60,000円						
	内 訳						
	特殊医 療費分	[A] 10,000円	医療保険 等自己 負担額分	[B] 50,000円			
⑰ 医療手当請求額							73,600円
<p>上記のとおり、予防接種を受けたことによる疾病について、医療費・医療手当の支給を受けたく、 必要書類を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>請求者氏名 中央 太郎</p> <p>市 町 村 長 殿</p>							
⑱ 同意欄	<p>私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。</p> <p>本人署名 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">原則、記入・押印不要</span></p> <p>(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び医療を受けた者との続柄を記載)</p>						

(A4)

①個人番号は原則記入不要です。ただし、地方税関係情報の確認が必要となった場合は、後日個人番号の提供を求められることがあります。

④申請時点で実際に居住している住所を記入してください。

⑤世帯主の氏名および続柄を記入してください。

⑦体調不良になった原因と思われる予防接種の実施年月日を記入してください。

⑧実施者⇒中央区長。

⑨接種を受けた医療機関等の名称を具体的に記入してください。

⑩当該予防接種を受けた当時の居住地(住民票のある所在地)を記入してください。

⑪⑫健康保険証等を確認し、当てはまるものに〇をしてください。

⑬請求に係る疾病について、医療を受けた医療機関の名称および所在地を記入してください。  
※複数ある場合は、全て記入してください。  
※薬局の請求がある場合は、併せて薬局の名称および所在地を記入してください。

⑭疾病について、医療を受けた日数を1カ月ごとに入院実日数及び入院外診療実日数別に記入してください。  
※同日に複数の医療機関を受診した場合は1日で計上してください。  
※薬局での薬剤購入は日数に計上しません。  
※この請求に係る疾病以外の疾病の診療日は含めないでください。  
※記入欄が不足する場合は、別紙を作成してください(様式自由)。

⑯予防接種医療費は、医療機関に支払った額として、下記内訳の「特殊医療費分(疫学的諸検査であって医療保険対象外の医療)」と「医療保険等自己負担額分」の合計額を記入してください。「医療保険等自己負担額分」とは、保険診療に相当する医療で、健康保険等から給付される額を控除した自己負担分(医療機関の窓口で支払う3割負担等)のことであり、差額ベッド、薬の容器、文書代等の保険適用外のものは該当しません。※ただし、食事療養費標準負担額は給付の対象です。

⑰給付額は、予防接種健康被害救済制度について(厚生労働省ホームページ)の給付額の項目をご覧ください

⑱原則、記入・押印不要です。ただし、地方税関係情報の確認が必要となった場合は、後日、記入・押印を求められることがあります。