

医療費・医療手当請求書の記入方法

- ✓ 消えないペンで記入してください。
- ✓ 記入を訂正する場合は、二重線で消して、その上に請求者の印鑑を訂正印として押印し、その上部か下部に、正しい文字を記入してください。

別紙1

| 医療費・医療手当   |  |        |                               |    |                                   |                                  |                               |  |
|--|--|--------|-------------------------------|----|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--|
| ① 個人番号   | ① 記入不要   |        | ② ワクチン接種を受けた者の氏名<br>= 請求者     |    | 請求者からみた世帯主との続柄（例えば「本人」や「夫」など）     |                                  |                               |  |
| ② ふりがな氏名   | 甲<br>女   | ③ 生年月日 | 年                             | 月  | 日                                 | ⑧ 通常、接種した時に、住民票を登録していた市町村長 = 申請先 |                               |  |
| ④ 現住所  | ④ 現在お住まいの住所  |        | ⑤ 世帯主氏名                       | 続柄 | ⑨ 接種した場所の名称とカッコ内に所在地（市町村まで）       |                                  |                               |  |
| ⑥ 種類<br>⑧ 実施者<br>⑩ 居住地   | ⑥ 種類<br>新型コロナウイルスワクチン、臨時   |        | ⑦ 実施年月日                       | 年  | 月                                 | 日                                | ⑩ 接種時の住民票の登録の住所（転居等がなければ④と同じ） |  |
|  | ⑧ 実施者  |        | ⑨ 実施場所                        |    | ⑬ 受診した医療機関とその所在地を記入（複数あるときは、全て記入） |                                  |                               |  |
|  | ⑩ 居住地  |        | ⑪ 医療保険等の種類<br>健保 国保 その他 ( )   |    | ⑫ 被保険者本人(組合員本人) 本人 被扶養者の別         |                                  |                               |  |
| ⑬ 医療を受けた医療機関の名称及び所在地   | Aクリニック(奈良県〇〇郡〇〇町〇〇-〇)<br>BB調剤薬局(奈良県〇〇市〇〇-〇〇)<br>CCC病院(奈良県〇〇市〇〇100) |        | ⑭ 医療を受けた日<br>入院外診療実日数<br>入院日数 |    |                                   |                                  |                               | ⑭ 同日に複数の医療機関にかかった場合は1日で計上する。同日に通院・入院がある場合は入院のみ1日とする。薬局での薬剤購入は日数に計上しない。 |
| ⑮ 看護移送等についてはその内容   | ⑮ 看護移送等についてはその内容   |        |                               |    |                                   |                                  |                               |  |
| ⑯ 患者負担額  | 予 防 接 種 医 療 費  |        |                               |    |                                   |                                  | 円                             |  |
|  | 内 訳  |        |                               |    |                                   |                                  | 円                             |  |
| ⑯ 医療手当請求額  | 特殊医療費分 円 医療保険等自己負担額分 円   |        |                               |    |                                   |                                  | 円                             |  |
| 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。<br>令和 年 月 日<br>請求者氏名<br>市 町 村 長 殿 |  |        |                               |    |                                   |                                  |                               |  |
| ⑰ 同意欄  | 私は、<br>本人<br>(※自署で)  |        | ⑰ 記入不要                        |    | 同意します。<br>印<br>(上の続柄を記載)          |                                  |                               |  |