

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 = 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 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 ⑧ 実施者 ⑩ 居住地	⑥ 種類 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		⑪ 医療保険等の種類 健保 国保 その他 ()			
	⑩ 居住地		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 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)			
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) BB調剤薬局(奈良県〇〇市〇〇-〇〇) CCC病院(奈良県〇〇市〇〇100)		⑭ 医療を受けた日 入院外診療実日数 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	⑯ 患者負担額						円	
	特殊医療費分	内 訳				医療保険等自己負担額分	円	
⑰ 医療手当請求額	⑰ 医療手当請求額						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。 令和 年 月 日 請求者氏名 市 町 村 長 殿								
⑱ 同意欄	私は、 本人 (※自署で)		⑱ 記入不要		同意します。 印 (上の続柄を記載)			