

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 ふりがな氏名	男 女	③ 生年月日	年	月	日	② ワクチン接種を受けた者の氏名 = 請求者
④ 現住所	④ 現在お住まいの住所		⑤ 世帯主氏名	続柄	請求者からみた世帯主との続柄 (例えば「本人」や「夫」など)	
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、		⑦ 実施年月日	年	月	日
	⑧ 実施者		⑨ 接種した場所の名称とカッコ内に所在地 (市町村まで)			
	⑩ 居住地		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)			
⑪ 医療保険等の種類	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) B.B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)					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)
⑭ 医療を受けた日数	入院外 診療実日数	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分
	入院日数	日	日	日	日	日
⑮ 看護移送等についてはその内容	⑮ 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。					
⑯ 患者負担額	予 防 接 種 医 療 費					円
	内 訳					
	特殊医療費分	円	医療保険等自己負担額分	円		円
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) 同意します。 印 (この続柄を記載)					⑱ 記入不要