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
④ 現住所	④現在お住まいの住所		⑤世帯主 氏名 / 続柄
受けた予防接種	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
	⑧ 実施者		⑨ 実施場所
	⑩ 居住地		
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） 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	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（奈良県〇〇市〇〇1-00）		

⑭ 医療を受けた日数		年 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	日	日	日	日	日	日
	入院日数	日	日	日	日	日	日

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			
	特殊医療費分	円	医療保険等自己負担額分	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	⑱ 記入不要 私は、 同意します。 本人 印 （※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）

（A4）

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）

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

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）

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下記内訳「特殊医療費分」と「医療保険等自己負担額分」の合計額を記入。

⑯内訳：「特殊医療費分」と「医療保険等自己負担額分」には受診証明書（別紙2-(2)）中の金額（受診証明書が複数あるときは合計額）を記入。

請求者氏名には、②と同じ氏名を記入。
②が未成年の場合には、カッコして保護者氏名及び続柄も追加記入。