

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し、その上部か下部に、正しい文字を記入してください。

様式1

予防接種健康被害救済制度

医療費・医療手

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）

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	
② ふりがな 氏 名			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
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	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 (奈良県〇〇群〇〇町〇〇-〇) 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 医療を受けた日数	入院外 診療実日数	年 月 分	年 月 分	年 月 分
	入院日数	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	私は、個人 本人署名 ⑱ 記入不要 印 (※自署できない場合は、本人の続柄を記載)			

⑧通常、接種した時に、住民票を登録していた市町村=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。

(A4)