

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<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  |
|  | ⑧ 実施者  |        | ⑨ 実施場所                      |     | 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） |  |
|  | 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) |        |                             |     |                               | 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  | 入院外<br>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   | 予 防 接 種 医 療 費  |        |                             |     |                               | 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 患者負担額  | 内 訳  |        |                             |     |                               | 円  |
|  | 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  |        |                             |     |                               | 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。  |
| 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、<br>本人<br>(※自署で)  |        | ⑱ 記入不要                      |     | 同意します。<br>印<br>(上の続柄を記載)      |  |