

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	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	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			
⑥ 種類 ⑧ 実施者 ⑩ 居住地	新型コロナウイルス感染症など		⑦ 実施年月日	⑨ 接種した場所の名称とカッコ内に所在地（市町村まで）			
			⑨ 実施場所				
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	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 医療を受けた医療機関の名称及び所在地	Aクリニック（大阪府〇〇市〇〇町〇〇-〇） BB調剤薬局（大阪府〇〇市〇〇-〇〇） CCC 病院（大阪府〇〇市〇〇100）						
⑭ 医療を受けた日	入院外診療実日数	年 月 分	年 月 分	年 月 分	年 月 分	年 月 分	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。
	入院日数	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			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） ⑱ 記入不要 同意します。 印 （上の続柄を記載）						

(A4)