

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。

様式1

予防接種健康被害救済制度

医療費・医療手当請求書

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	男 女	③ 生年月日	年	月			
④ 現住所	④ 現在お住まいの住所		⑤ 世帯主 氏名	続柄			
⑧ 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			
	⑧ 実施者			⑨ 実施場所			
	⑩ 居住地						
⑪ 医療保険等の 種別	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			
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(奈良県〇〇市〇〇100)						
⑭ 医療を受けた 日数	入院 診療日数	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分
	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						
	内訳						
	特殊医 療費分	円		医療保 険等自 己負担額分			
⑰ 医療手当請求額							
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		⑱ 記入不要		同意します。 印		
(※白書で との続柄を記載)							

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（様式2-(1)）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。