

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	② ワクチン接種を受けた者の氏名 = 請求者
③ 生年月日	請求者からみた世帯主との続柄 (例えば「本人」や「夫」など)
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	⑥ 新型コロナウイルスワクチン、臨時
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)
⑧ 実施者	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)
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)
⑪ 医療保険等の種類	⑪ 被保険者本人 (組合員本人) 被扶養者の別
⑫ 医療を受けた医療機関の名称及び所在地	⑫ 本人 被扶養者
⑬ 医療を受けた日	⑬ 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 医療を受けた数	⑭ 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)
⑮ 看護移送等についてはその内容	⑮ 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	⑯ ⑰ 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。
⑰ 医療手当請求額	⑰ ⑰ 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	⑱ 記入不要
私は、 本人 (※自署で)	
同意します。 印 (上の続柄を記載)	