

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 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 ⑧ 実施者 ⑩ 居住地	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	被扶養者	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）
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)						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 医療を受けた日数	入院外 診療実日数	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	予 防 接 種 医 療 費						
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			
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)			