

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<br>= 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、  |        |         | 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）<br>B.B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 医療を受けた日数   | 入院外<br>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。<br>令和 年 月 日<br>請求者氏名<br>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)           |

(A4)