

## 医療費・医療手当請求書

① 個人番号	記載不要です					
② ふりがな 氏名	ひろしま いちろう 広島 一郎	③ 性別 男女	④ 生年月日 昭和●年 ●月 ●日			
④ 現住所	広島市中区基町10-52					
受けた 予防接種	⑥ 種類 ⑧ 実施者	新型コロナウイルス感染症、臨時 広島市長	⑦ 実施年月日 令和●年 ●月 ●日			
	⑩ 居住地	⑨ 実施場所 予防接種を受けた具体的な場所を記載 医療機関の場合：●●クリニック 集団接種の場合：●●体育館 職域接種の場合：●●会場				
		当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。				
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	⑬ 本人 被扶養者			
⑬ 医療を受けた 医療機関の 名称及び所在地	請求に係る疾病について、医療を受けた医療機関(薬局を含む)の名称 ●●病院、●●クリニック、●●薬局 広島市中区基町●-●、広島市～、広島市～					
⑭ 医療を受けた 日 数	令和●年 ●月分 入院外 診療実日数	年月分 ●日	年月分 日	年月分 日	年月分 日	年月分 日
⑮ 看護移送等につ いてはその内容	看護、移送を行ったときは、その状況及び医療保険で当該給付を受けたか否かの別を記入 〔看護：在宅治療等の際に看護を受けた場合（入院・通院の際に医療機関で受ける看護は含まない） 移送：病気やけがで移動が困難な患者が、医師の指示で一時的・緊急的必要があり、移送された場合〕					
⑯ 患者負担額	予防接種医療費					
	特殊医療費分と医療保険等自己負担分の合計を記載 円					
	内訳					
特 殊 医 療 費 分	免疫学的諸検査であって、医療保険 対象外の医療費を請求する場合に掲載	円	医 療 保 険 等 自 己 負 担 額 分	健康保険適用分のみ (入院中の食費は含むが、 差額ベッド代は含まない)	円	
⑰ 医療手当請求額	通院・入院や死亡等のあった年月における額が適用されます。 ※詳細はこちらの A 類を参照（厚生労働省ホームページより）					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						
↑請求書を提出する日付を 記入してください。						
請求者氏名 広島 一郎						
市 町 村 長 殿						
↑接種を受けた方が未成年者であっても、 その方の氏名を記入してください。						
⑱ 同意欄	私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。					
	本人署名	記載・押印不要です			印	
(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び医療を受けた者との続柄を記載)						