

医療費・医療手当請求書

(記載例)

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 生年月日	昭和●年 ●月 ●日			
④ 現住所	広島市中区基町10-52		⑤ 世帯主 氏名	広島 一郎	続柄	本人	
⑧ 受けた 予防接種	⑥ 種類	新型コロナウイルス感染症, 臨時		⑦ 実施 年月日	令和●年 ●月 ●日		
	⑧ 実施者	広島市長		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		
	⑩ 居住地	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	⑪ 健保	国保	⑪ その他 ()	⑫ 被保険者本人 (組合員本人) 被扶養者の別	⑫ 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	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分
	入院 診療実日数	●日	日	日	日	日	日
	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	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・緊急的の必要があり, 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						
	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。							
市 町 村 長 殿							
請求者氏名 広島 一郎 ↑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)							