

《医療費・医療手当請求書記入例及び留意点》

②予防接種を受け、医療費・医療手当を請求する者を記入

⑤住民登録上の世帯主氏名を記入
※続柄は、②からみた世帯主との関係を記入(記入例：夫、父、子)
※②が世帯主の場合は②の氏名を記入し続柄は「本人」となる

④現在お住いの住所を記入

⑥記入例の通りに記入

⑩接種当時の住民登録の住所を記入(転居等がなければ④と同様)

⑪⑫健康保険証等を確認し、当てはまるものに「○」

⑬接種時に副反応のことで受診した医療機関を記入()内に所在地を記入
複数ある場合は全て記入

⑭医療手当の請求に係る医療を受けた日数を1か月ごとに入院外診療実日及び入院実日数月別に記入
※同日に複数の医療機関にかかった場合は1日で計上。また、同日に通院・入院がある場合は入院のみ1日とすること。薬局での薬剤購入は日数に計上しない。

⑯の「特殊医療費分」、「医療保険等自己負担額」は、「受診証明書(別紙2-(2))」の同欄と同じ金額になります。
※受診証明書が複数ある場合は各合計金額を記入
※高額療養費制度や、自治体の乳幼児医療助成制度等が利用できる場合は、それらについても控除した金額が給付対象となります。

① 個人番号	①個人番号を記入					
② ふりがな氏名	えどがわ たろう 江戸川 太郎		男 男女	④ 生年月日	1992 年 1 月 16 日	
④ 現住所	江戸川区〇〇町×丁目△番□号			⑤ 世帯主氏名	江戸川 太郎	続柄 本人
⑥ 種類 ⑧ 実施者 ⑩ 居住地	新型コロナウイルスワクチン、臨時			⑦ 実施年月日	2023 年 4 月 3 日	
	江戸川区長 ⑧「江戸川区長」と記入			⑨ 実施場所	〇〇病院	
⑪ 医療保険等の種別	○ 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
⑬ 医療を受けた医療機関の名称及び所在地	●●医院(江戸川区〇〇町×丁目△番□号)					
⑭ 医療を受けた日数	R5 年4月分	R5 年5月分	年 月 分	年 月 分	年 月 分	年 月 分
	入院外診療実日数	0 日	1 日	日	日	日
	入院日数	6 日	5 日	日	日	日
⑮ 看護移送等についてはその内容	看護、移送を行った場合は、その内容と医療保険で対応したか否かを記入					
⑯ 患者負担額	予 防 接 種 医 療 費					
	下記の「特殊医療費分」「医療保険等自己負担額分」の合計金額を記入 円					
	内 訳					
	特殊医療費分	円	医療保険等自己負担額分	円	円	
⑰ 医療手当請求額	この場合は6月分(入院6日未満:35,800円)+7月分(入院と通院がある場合:37,800円)=73,600円となります。 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	②と同じ氏名を記入 (②が未成年の場合でも、本人氏名を記入)	
	市 町 村 長 殿 請求者氏名					
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 ⑱本人の署名と押印 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)					

⑰1ヶ月の間に(令和5年4月~)
通院3日未満 35,800円
通院3日以上 37,800円
入院8日未満 35,800円
入院8日以上 37,800円
入院と通院がある場合 37,800円

※訂正をする場合は、該当する訂正箇所に2本線を引いて消し、請求者の印鑑を「訂正印」として押印し、そのすぐ上か下に正しい情報を記載してください。

令和5年4月

(A4)
江戸川区作成