# 医療費・医療手当請求書(作成例)

① 個	人	番	号	※記』	入は不要で	゛す							
② ふりがな				たか	だ たろう	男	3	亚出	O年	<b>A</b> FI		]日	
氏			名	高	田 太郎	女	生年月日	<del>1</del> px	4O#	△月	L	1 🗆	
④ 現 住 所			所	奈良県大和高田市西町1番45号			⑤世帯主 氏 名	高田三	郎	続柄	父	,	
		⑥ 種	類	新型コロナ	ウイルスワクチ	⑦ 実 施 年月日	令和〇年 △月 △日						
	け た ち接種	実施者		大和高	田市長 堀内	⑨ 実施場所	○△医院(奈良県大和高田市)						
		⑪ 居住	地	奈良県大和	高田市西町   福	番45号	1 60 bb 10 00 to to t						
⑪ 医療保険等の 種 類				(健保) 国保 その他 (組合員本人) 本 人 被扶養者 被扶養者の別									
③ 医療を受けた				大和高田市立病院(奈良県大和高田市礒野北町I-I)									
医療機関の 名称及び所在地				※191617の記入については裏面の注意事項をご確認ください									
14)						令和〇年〇月分	令和○年□月分	年 月分	年	月分	年月	₹分	
医療を引 日		受け	· た 数	入 院診療実日	外 数 8日	2日	日	日		日		日	
				入 院 日	数日	日	4 日	日		日		日	
		送等に			•								
				予防接種医療費									
⑥ 患者負担額			宏石	10, 730 円									
			렍	内 訳 <b>医療保険</b>									
				特殊医療费分			円 等 自	리	10, 7	730		円	
① 库	<b>索</b> 毛:	当請求	⇒宛	106, 700 円									
				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 〇年 △月 △日													
請求者氏名 高田 太郎													
	市	町	村	長 殿									
18) 同	荒	彭	欄		<b>*</b>	記入は	t不要 <sup>*</sup>	です					

#### (注意)

- 1. ①の欄は、予防接種を受けたことによる疾病について医療を受けた者の個人番号を記入してください。
- 2. ②~④の欄は、医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 3. ⑤の欄は、2の医療を受けた者の属する世帯の世帯主の氏名及び続柄を記入してください。
- 4. ⑥~⑩の欄は、健康被害の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
  - (1)「⑥種類」は、ジフテリア等の対象疾病の種類及び定期、定期外又は臨時の別を「ジフテリア、定期(第1期 第1回)」、「〇〇〇、臨時」というように記入してください。
  - (2)「⑦実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
  - (3)「⑧実施者」は、実施に当たった市区町村長(受けた当時の居住地の市区町村長になります)等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、()の中にその医療機関の名称を記入してください。
  - (4)「⑨実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
  - (5) 「⑩居住地」は、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。
- 5. ⑪及び⑫の欄は、2に記入した者又はその者を扶養する者の加入している医療保険等について、次により記入してください。
  - (1) ①の欄は、健康保険、国民健康保険、その他の該当するものを「O」でかこみ、その他に該当するときは、 ( )に種類を記入してください。
  - (2) ②の欄は、②に記入した者が被保険者又は組合員本人であるか、被扶養者であるかの別を「〇」でかこんでください。
- ③の欄は、請求に係る疾病について、医療を受けた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
- 7. ⑭の欄は、医療手当の請求に係る医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数又は入院外診療実日数別に 記入してください。
- 8. ⑤の欄は、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してください。
- 9. ⑥の予防接種医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分(免疫学的諸検査であって、医療保険対象外)及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。
- 10. ①の欄は、医療手当の請求額を記入してください。
- 11. 医療手当のみの請求の場合は、①、②、⑤及び⑥の欄の記載は不要です。
- 12. ⑱個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。

# ※4600を記載する際の注意事項

自分で判断が難しい場合は市健康増進課までご相談ください。

### (4)医療を受けた日数について

- ・受診証明書の日数と一致しているか
- ・院外薬局分を日数に計上していないか
- ・同日に複数の医療機関にかかった場合は | 日で計上しているか
- ・もし記入する欄が足りない場合は別紙を作成して記入してください。

### 16患者負担額について

- ・予防接種医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分(免疫学的諸検査であって、医療保険対象外)及び医療保険等の自己負担相 当額を記入してください。高額療養費制度などを利用した場合は申告してください。
- ・医療保険等自己負担額分は受診証明書と一致しているか

(受診証明書が複数枚の場合は合算と一致している)

# (7)医療手当の請求額について

厚生労働省公式ホームページ「予防接種健康被害救済給付額の推移」を参照しながら記入しているか。