

記入例

予防接種健康被害救済制度

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	とみぐすく たろう 豊見城 太郎					③ 生年月日	昭和●年 ●月 ●日				
④ 現住所	沖縄県豊見城市●●●番地●					⑤ 世帯主 氏名	豊見城 太郎		続柄	本人	
受けた 予防接種	⑥ 種類	新型コロナウイルスワクチン、臨時					⑦ 実施 年月日	令和●年 ●月 ●日			
	⑧ 実施者	豊見城市長					⑨ 実施場所	(予防接種を受けた具体的な場所を記載) ●●保健センター、●●病院など			
	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	☒ 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	(請求に係る疾病について、医療を受けた医療機関の名称) ●●病院、●●クリニックなど 沖縄県豊見城市●●●番地●										
⑭ 医療を受けた 日数	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	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)										
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										
	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 る場合に記載 (別紙参照) 円				医療保険 等 自 己 負担額分		健康保険適用分のみ (差額ベッ ド代等は含めない) ●●●●円		
⑰ 医療手当請求額	(厚生労働省が定める給付額を記載します) 参考：通院3日未満 (月額) 36,900円 通院3日以上 (月額) 38,900円 入院8日未満 (月額) 36,900円 入院8日以上 (月額) 38,900円 同一月入院 (月額) 38,900円 ※令和6年4月現在の内容										
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 豊見城 太郎 市 町 村 長 殿											
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 ✕ (※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)										