記入例

別紙1

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	(男) 女	③生年月日	昭和● 年 ● 月 ● 日	
④現住所	沖縄県豊見城市〇〇〇番地〇		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	
受けた予防接種 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 ■■公会堂、横浜ハンマーヘッドなど	
受けた予防接種 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				
	沖縄県豊見城市〇〇〇番地〇				

⑭医療を受けた日数	●年●月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
入院外診療実日数	● 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

⑯患者負担額

予防接種医療費

特殊医療費を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　円請求する場合に記載（別紙参照）	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

通院3日未満（月額）35,000円　通院3日以上（月額）37,000円
入院8日未満（月額）35,000円　入院8日以上（月額）37,000円
同一月入通院（月額）37,000円

円

※令和３年４月現在の内容です。

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）

（A4）