

医療費・医療手当請求書の記入方法

- ✓ 消えないペンで記入してください。
- ✓ 記入を訂正する場合は、二重線で消して、その上に請求者の印鑑を訂正印として押し、その上部か下部に、正しい文字を記入してください。

別紙1

医療費・医療手当

① 個人番号	① 記入不要		② ワクチン接種を受けた者の氏名 = 請求者		請求者からみた世帯主との続柄（例えば「本人」や「夫」など）		
② ふりがな氏名	男 女	③ 生年月日	年	月	日		
④ 現住所	④ 現在お住まいの住所		⑤ 世帯主氏名	続柄	⑧ 通常、接種した時に、住民票を登録していた市町村長 = 申請先		
⑥ 種類 ⑧ 実施者 ⑩ 居住地	⑥ 種類 新型コロナウイルスワクチン、臨時		⑦ 実施年月日	年	月	日	
	⑧ 実施者		⑨ 実施場所		⑨ 接種した場所の名称とカッコ内に所在地（市町村まで）		
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	⑩ 接種時の住民票の登録の住所（転居等がなければ④と同じ）	
⑬ 医療を受けた医療機関の名称及び所在地	A クリニック（奈良県〇〇郡〇〇町〇〇-〇） B B調剤薬局（奈良県〇〇市〇〇-〇〇） CCC 病院（奈良県〇〇市〇〇100）					⑬ 受診した医療機関とその所在地を記入（複数あるときは、全て記入）	
⑭ 医療を受けた日数	入院外診療実日数	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分	⑭ 同日に複数の医療機関にかかった場合は1日で計上する。同日に通院・入院がある場合は入院のみ1日とする。薬局での薬剤購入は日数に計上しない。
	入院日数	日	日	日	日	日	
⑮ 看護移送等についてはその内容	予 防 接 種 医 療 費					⑮ 内訳：「特殊医療費分」と「医療保険等自己負担額分」には受診証明書（別紙2-(2)）中の金額（受診証明書が複数あるときは合計額）を記入。	
⑯ 患者負担額	内 訳						
	特殊医療費分	円	医療保険等自己負担額分	円	円	⑯ 内訳：「特殊医療費分」と「医療保険等自己負担額分」には受診証明書（別紙2-(2)）中の金額（受診証明書が複数あるときは合計額）を記入。	
⑰ 医療手当請求額	円					⑰ 内訳：「特殊医療費分」と「医療保険等自己負担額分」には受診証明書（別紙2-(2)）中の金額（受診証明書が複数あるときは合計額）を記入。	
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 請求者氏名 天理市長 殿							
⑱ 同意欄	私は、個人本人署 (※自署できな		⑱ 記入不要		す。 (記載)	⑱ 請求者氏名には、②と同じ氏名を記入。 ②が未成年の場合には、カッコして保護者氏名及び続柄も追加記入。	

(A4)