

【医療費・医療手当請求書(別紙1) 記入例及び留意点】

- ・記入例を下記に青文字で示していますが、黒色のボールペンなど消えないペンで記載してください。
- ・記入訂正・修正をする場合には、該当する訂正箇所にも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、そのすぐ上又は下に正しい文字を記載してください。

医療費・医療手当請求書									
① 個人番号									
② ふりがな 氏名		こうべ はなこ 神戸 花子		③ 生年月日	S△年 △月 △日				
④ 現住所		神戸市〇〇区××町△番地の△			⑤ 世帯主氏名		神戸 太郎 続柄 夫		
受けた 予防接種	⑥ 種類	コロナウイルスワクチン1回目、臨時			⑦ 実施年月日		R▲年 ▲月 ▲日		
	⑧ 実施者	神戸市長			⑨ 実施場所		〇〇集団接種会場 又は 医療機関名 (神戸市〇区)		
	⑩ 居住地	神戸市〇〇区××町△番地の△			⑨ 予防接種を受けた場所の名称を記入し、カッコ内に所在地(市区まで)を記入				
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		〇〇病院 (神戸市◇◇区×〇町△番地の〇) 〇〇医療センター (神戸市〇〇区〇×町□番地の△)							
⑭ 医療を受けた日数		R3年6月分		R3年7月分		年 月分		年 月分	
		入院外診療実日数		0 日 1 日		日 日		日 日	
		入院日数		10 日 5 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」の合計額を記入 内 訳 特殊医療費分 円 医療保険等自己負担額分 円							
⑰ 医療手当請求額		⑰ 記入不要 円							
上記のとおり、予防接種を受けたことによる医療費・医療手当を請求します。									
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 神戸 花子 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)							

② 予防接種を受け、医療費・医療手当を請求する者を記入

① マイナンバーが分かる場合は記入

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 現在お住まいの住所を記入

⑥ 記入例のとおり記入(健康被害が起こった際の接種回数も記入)

⑩ 接種当時の住民登録上の住所を記入(転居等がなければ④と同じになります)

⑪⑫ 健康保険証等を確認し、当てはまるものに○

⑬ 接種後の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日で計上すること。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)」(医療機関等発行)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額を記入)

②と同じ氏名を記入
(②が未成年の場合は、保護者氏名及び続柄を記入)