

医療費・医療手当請求書

① ふりがな		-----	男女	② 生年月日	年	月	日
③ 現住所			電話番号		()		
④ 世帯主氏名			続柄				
受けた 予防接種	種類	新型インフルエンザ		⑤ 実施年月日	年	月	日
	⑥ 実施市区町村			⑦ 実施場所			
	⑧ 居住地						
⑨ 医療保健等の種類		健保、国保、その他()		⑩ 被保険者本人 (組合員本人) 被扶養者の別	本人 被扶養者		
⑪ 医療を受けた医療機関 の名称及び所在地		-----					
⑫ 医療を受けた日数			月分	月分	月分		
		入院外 診療実日	日	日	日		
		入院日数	日	日	日		
⑬ 看護移送等についてはその内容							
⑭ 患者負担額		予 防 接 種 医 療 費					
		円					
		内 訳					
		特殊医 療費分	円	医療保険等自 己負担額分	円		
⑮ 医療手当請求額		円					
<p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>厚生労働大臣 殿</p> <p style="text-align: center;">請求者氏名</p>							

(注意)

- 1 ①～③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氏名、性別、生年月日、現住所及び電話番号を記入してください。
- 2 ④の欄は、1の医療を受けた者の属する世帯主の氏名及び続柄を記入してください。
- 3 ⑤～⑧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)「⑤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。
 - (2)「⑥実施市町村」は、当該予防接種を受けた医療機関の所在する市区町村を記入してください。
 - (3)「⑦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。
 - (4)「⑧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。
- 4 ⑨及び⑩は1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) ⑨の欄は、健康保険、国民健康保険、その他の該当するものを「○」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) ⑩の欄は、①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「○」でかこんでください。
- 5 ⑪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。
- 6 ⑫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日数別に記入してください。
- 7 ⑬の欄は、看護、移送を行った時は、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。
- 8 ⑭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。
- 9 ⑮の欄は、医療手当の請求額を記入してください。
- 10 医療手当のみの請求の場合は、⑨、⑩、⑬及び⑭の欄の記載は不要です。