別紙1

記入例

医療費・医療手当請求書

① 個人番号	記載不要						
②ふりがな 氏名	せいろう　たろう 聖籠　太郎	男 女	③ 生年月日	昭和〇年〇月〇日			
④ 現住所	新潟県北蒲原郡聖籠町大字諏訪山825番地		⑤世帯主 氏名	聖籠　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	令和〇年〇月〇日			
	⑧ 実施者	聖籠町長	⑨ 実施場所	予防接種を受けた具体的な場所を記載（〇〇病院等）			
	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						
	新潟県北蒲原郡聖籠町大字〇〇						
⑭ 医療を受けた日数		〇年〇月分	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分
	入院外診療実日数	〇日	日	日	日	日	日
	入院日数	〇日	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						
	特殊医療費分と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	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　※令和3年4月現在の内容です。　円						

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

↑提出日を記入

請求者氏　聖籠　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）