

予防接種健康被害救済制度

医療費・医療手当請求書

① 個人番号	記入不要							
② ふりがな 氏名	さがみ たろう 相模 太郎			③ 生年月日	昭和〇年 〇月 〇日			
④ 現住所	神奈川県相模原市〇区〇 〇-〇			⑤ 世帯主 氏名	相模 太郎	続柄	本人	
⑥ 種類	新型コロナウイルスワクチン 臨時2回目			⑦ 実施 年月日	令和〇年 〇月 〇日			
	⑧ 実施者	相模原市長			⑨ 実施場所	予防接種を行けた施設 (例)〇〇医院、〇〇公民館等		
	⑩ 居住地	上記⑥の接種を受けた当時の居住地						
⑪ 医療保険等の 種別	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	請求に関わる疾病に対する医療を受けた医療機関の名称 (例)〇〇医院 相模原市〇区 〇-〇							
⑭ 医療を受けた 日数	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・移送を行った場合に記入(状況、医療保険の受給の有無 等)							
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入 円							
	内 訳							
	特殊医 療費分	免疫学的検査であって、 医療保険対象外の医療費を 請求する場合に記入 円			医療保 険等 自己 負担額分	健康保険適用分のみ 〇〇,〇〇〇 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 通院3日未満(月額)35,000 円 通院3日以上(月額)37,000 円 通院3日未満(月額)35,000円 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>令和 〇年 〇月 〇日</p> <p>↑請求書を提出する日付を記入してください</p> <p>請求者氏名 相模 太郎</p> <p>市 町 村 長 殿</p>								
⑱ 同意欄	<p>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。</p> <p>本人署名 ※記入・押印不要※ 印</p> <p>(※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)</p>							

※⑭、⑯は医療機関が作成する受診証明書とそろえてください。(A4)