

医療費・医療手当請求書

① 個人番号	記入不要です							
② ふりがな 氏名	にい はま たろう 新居浜 太郎			③ 生年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日			
④ 現住所	新居浜市〇〇町〇丁目〇番〇号			⑤ 世帯主 氏名	新居浜 太郎	続柄	本人	
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 〇〇月 〇〇日			
	⑧ 実施者	新居浜市長			⑨ 実施場所	予防接種を受けた具体的な場所を記入 〇〇医院、〇〇クリニック等		
	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	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又は新居浜市集団接種会場〇〇 〇〇医院、〇〇クリニック等 新居浜市〇〇町〇丁目〇番〇号							
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	年月分	
	入院 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 (差額ベッド、薬の容器、文書代等 の保険適用外のみは対象外)	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						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 〇年 〇〇月 〇〇日 ↑ 請求書を提出する日付を 記入してください 市 町 村 長 殿 請求者氏名 新居浜 太郎								
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 記入・押印 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)							