

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	すいた はなこ 吹田 花子			③ 生年月日	〇〇〇〇年 〇月 〇日		
④ 現住所	大阪府吹田市〇〇町1-2-3-456			⑤ 世帯主 氏名	吹田 太郎	続柄 夫	
⑥ 種類	新型コロナウイルス・臨時			⑦ 実施 年月日	令和〇年 〇月 〇日		
	⑧ 実施者	吹田市長			⑨ 実施場所	〇〇病院	
	⑩ 居住地	大阪府吹田市〇〇町1-2-3-456					
⑪ 医療保険等の 種類	<input checked="" type="radio"/> 健保 国保 <input type="radio"/> その他 ()			⑫ 被保険者本人 (組合員本人) 被扶養者の別	<input checked="" type="radio"/> 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 大阪府吹田市〇〇町1-2-3						
⑭ 医療を受けた 日数		R4年1月分	R4年2月分	R4年3月分	年 月 分	年 月 分	
	入院 診療 実日数	日	2日	2日	日	日	
	入院 日数	5日	5日	日	日	日	
⑮ 看護移送等につ いてはその内容	予防接種医療費						
⑯ 患者負担額	202,500円						
	内 訳						
	特殊医 療費分	円			医療保険 等自己 負担額分	202,500円	
⑰ 医療手当請求額	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 〇月 〇日 請求者氏名 吹田 花子 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 記入不要 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)						

①個人番号

記入不要です。空欄のまま提出してください。

②氏名、③生年月日

医療を受けた方の氏名、性別、生年月日を記入してください。

④現住所

請求日現在の住所を記入してください。

⑤世帯主氏名、続柄

医療を受けた方の属する世帯の世帯主の氏名、医療を受けた方から見た世帯主との関係を記入してください。

⑥種類

予防接種の対象疾病の種類、定期・定期外または臨時の別を記入してください。

例)「新型コロナウイルス・臨時」「新型コロナウイルス・定期」「ジフテリア・定期(第1期第1回)」など

⑦実施年月日

当該予防接種を受けた年月日を記入してください。

⑧実施者

「吹田市長」と記入してください。

なお、接種を受けた日に吹田市以外に住民票があった方は、当時の住民票地へ請求が必要ですので、当時の住民票地の市区町村へお問合せください。

⑨実施場所

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。(病院名、集団接種会場名等)

⑩居住地

当該予防接種を受けた当時の住所を記入してください。

転居等されていない場合は④と同一となります。

⑪医療保険等の種類、⑫被保険者本人(組合員本人)被扶養者の別

お持ちの健康保険証等を確認し、健康保険、国民健康保険、その他の該当するものを「○」で囲み、その他に該当するときは、()に種類を記入してください。

また、医療を受けた方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「○」で囲んでください。

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及び所在地を記入してください。

複数ある場合は、全て記入が必要です。薬局も含まれます。

⑭医療を受けた日数

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(通院)実日数別に記入してください。

- ・同日に複数の医療機関にかかった場合 → 1日で計上します。
- ・同日に通院、入院がある場合 → 入院として1日計上します。
- ・薬局での購入 → 日数には計上しません。
- ・医療を受けた日数が長期にわたり記入欄が不足する場合は、別紙を添付することも可能です。医療を

受けた日数の欄に「別紙参照」と記入していただき、月単位の日数が記載された表を作成してください。

（別紙を作成する場合は、「対象となる方の氏名」「医療機関等の名称」「医療を受けた年月」「医療を受けた日数（入院外診療実日数、又は入院日数）」等がわかるように記載してください。

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。該当しない場合は記入不要です。

※看護移送とは、病気やケガで移動が困難な患者が、医師の指示で一時的・緊急的の必要があり移送されることを言い、支給要件を満たした場合は医療保険から移送費の給付を受けられる場合があります。

⑯患者負担額

受診証明書の記載内容と同額となるため、受診証明書を見て記入してください。なお、受診証明書が複数枚ある場合は、それぞれの合計額を記入してください。

ア 予防接種医療費：イとウの合計額を記入してください。

イ 特殊医療費分：免疫学的検査（免疫学的白血球検査等）であって、医療保険対象外の医療費がある場合に記入してください。

ウ 医療保険等自己負担額分：医療機関の窓口で支払った自己負担額（3割等）のことで、保険適用外の差額ベッド代、薬の容器代、文書料等は該当しません。ただし、食事療養費標準負担額は対象です。

なお、乳幼児医療費助成等の助成制度による給付があった場合はその額を除いた額とし、実際に要した費用の額を超えることはできません。

⑰医療手当請求額

吹田市で計算しますので、空欄のまま提出してください。

※医療手当のみの請求の場合は、⑪、⑫、⑮及び⑯の欄の記載は不要です。

⑱同意欄

記入不要です。空欄のまま提出してください。