

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	きたきゆう たろう 北九 太郎			③ 生年月日	昭和 ○○ 年 ○月 ○日		
④ 現 住 所	北九州市○○区○○町○-○			⑤ 世帯主 氏 名	北九 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 (※上記の通り“…、臨時”まで必ずご記入ください)			⑦ 実 施 年月日	令和 ○ 年 ○月 ○日	
	⑧ 実施者	北九州市長 (※市長の氏名ではなく、 “北九州市長”をご記入ください)			⑨ 実施場所	接種を受けた場所を具体的に記載	
	⑩ 居住地	接種を受けた時点の居住地を記載してください					
⑪ 医療保険等の 種 類	↓該当を○で囲んでください 健保 国保 其他 ()			⑫ 被保険者本人 (組合員本人) 被扶養者の別	↓該当を○で囲んでください 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	○○病院(北九州市○○区○○町○-○) △△クリニック(北九州市△△区△△町△-△) □□調剤薬局(北九州市□□区□□町□-□) (複数ある場合、この用紙については、まとめてご記入いただいても構いません)						
⑭ 医療を受けた 日 数	○年○月分	年 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	○ 日	日	日	日	日	日
	入院 日 数	○ 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給付を受けたか否かを記載						
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額分の合計を記入 ※文書代や差額ベッド代等保険外費用は含めない ※高額療養費等がある場合は、その額を除いた金額を記入						
	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	円	医 療 保 険 等 自 己 負 担 額 分	健康保険適用分のみ (入院中の食事代も含む) (差額ベッド代等は含めない)	円	
⑰ 医療手当請求額	「⑭医療を受けた日数」に応じた各月の合計額を記入 ※通院・入院等のあった年月における額を適用						円
医療手当月額		受診日が R3.4月 ~R4.3月	受診日が R4.4月 ~R5.3月	受診日が R5.4月 ~R6.3月	受診日が R6.4月-		
通院 月3日未満 入院 月8日未満		35,000 円	34,900円	35,800円	36,900円		
通院 月3日以上 入院 月8日以上 同一月入通院		37,000 円	36,900円	37,800円	38,900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 ←請求書提出日をご記入ください

請求者氏名 北九 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)

(A4)

(注 意)

- ①の欄は、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個人番号を記入してください。
- ②～④の欄は、医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- ⑤の欄は、2の医療を受けた者の属する世帯の世帯主の氏名及び続柄を記入してください。
- ⑥～⑩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。
 - 「⑥種類」は、ジフテリア等の対象疾病の種類及び定期、定期外又は臨時の別を「ジフテリア、定期(第1回第1回)」、「〇〇〇、臨時」というように記入してください。
 - 「⑦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。
 - 「⑧実施者」は、実施に当たった市区町村長(受けた当時の居住地の市区町村長になります)等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、()の中にその医療機関の名称を記入してください。
 - 「⑨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。
 - 「⑩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。
- ⑪及び⑫の欄は、2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。
 - ⑪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。
 - ⑫の欄は、②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。
- ⑬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。
- ⑭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実日数別に記入してください。
- ⑮の欄は、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してください。
- ⑯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。
- ⑰の欄は、医療手当の請求額を記入してください。
- 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個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。