

医療費・医療手当請求書

① 個人番号	① 記入不要			
② ふりがな 氏名	ゆのまえ たろう 湯前 太郎	③ 性別 男 女	③ 生年月日	昭和〇年 〇月 〇日
④ 現住所	湯前町〇〇番地〇	⑤ 世帯主氏名	湯前 太郎	続柄 本人
⑥ 受けた 予防接種	⑥ 種類	新型コロナウイルスワクチン	⑦ 実施年月日	令和〇年 〇月 〇日
	⑧ 実施者	湯前町長	⑨ 実施場所	湯前町農村環境改善センター
	⑩ 居住地	湯前町〇〇番地〇		
⑪ 医療保険等の種類	健保 国保 () 其他 ()	⑫ 被保険者本人 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	球磨〇〇病院(球磨郡〇〇町〇〇番地〇)			
	△△薬局(球磨郡〇〇町〇〇番地〇)			
⑭ 医療を受けた 日数	入院 外 診療実日数	RO年1月分	RO年2月分	年 月 分
	入院 日数	10日	3日	日
		3日	0日	日
⑮ 看護移送等についてはその内容	※医療保険で給付を受けた看護移送があれば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ください。			
	予 防 接 種 医 療 費			
⑯ 患者負担額				56,000円
	内 訳			
	特殊医 療費分	円	医療保険 等自己 負担額分	56,000円
⑰ 医療手当請求額				76,000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	湯前 太郎	
		湯前町長 殿		
⑱ 同意欄	⑱ 記入・押印不要			

記入例

④は、現住所（実際に居住しているところ）を記入してください。

⑩は、当該予防接種を受けた当時の住所（住民票のある所在地）を記入ください。

⑧⑨記入方法は次のとおり

○個別接種（取扱医療機関）
実施者 → 湯前町長（医療機関名）
実施場所 → 医療機関の所在地

○集団接種
実施者 → 湯前町長
実施場所 → 集団接種の会場名

⑬ 請求に係る疾病について、医療を受けた（受診した）医療機関の名称及び所在地を記入してください（薬局含みます。）

⑭ 疾病について、医療を受けた日数を1ヵ月ごとに入院実日数及び入院外診療実日数別に記入ください。（基本的には、受診証明書⑤の「医療を受けた日数」と同日になります。）

・薬局での薬剤購入は日数に計上しません。

・この請求に係る疾病以外の疾病の診療日は含めないでください。

⑰ 医療手当請求額は次のとおりとなります。（1ヵ月の間に）
 通院3日未満 35,000円 通院3日以上 37,000円
 入院8日未満 35,000円 入院8日以上 37,000円
 入院と通院がある場合 37,000円

⑯ 予防接種医療費は、医療機関に支払った額として、下記内訳の「特殊医療費分」と「医療保険等自己負担額分」の合計額を記入してください。

・「医療保険等自己負担額分」とは、保健診療に相当する医療で、健康保険等から給付される額を控除した自己負担分（医療機関の窓口で支払う3割負担等）のことであり、差額ベッド、薬の容器、文書代等の保険適用外のものとは該当しません。
 ※ただし、食事医療費標準負担額は給付の対象です。

・受診証明書⑤の「患者負担額」と同額を記入してください。（受診証明書が複数ある場合は、合計額になります。）