

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  |               |  |         |     |             |                         |         |        |       |     |  |
| ② ふりがな氏名  |               |  |         |     |             |                         | 男女      | ③ 生年月日 | 年 月 日 |     |  |
| ④ 現住所   |               |  |         |     |             |                         | ⑤ 世帯主氏名 |        |       | 続柄  |  |
| 受けた<br>予防接種   | ⑥ 種類          |  |         |     |             |                         | ⑦ 実施年月日 | 年 月 日  |       |     |  |
|   | ⑧ 実施者         |  |         |     |             |                         | ⑨ 実施場所  |        |       |     |  |
|   | ⑩ 居住地         |  |         |     |             |                         |         |        |       |     |  |
| 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  |               |  |         |     |             |                         |         |        |       |     |  |
| ⑭ 医療を受けた日   |               |  | 年月分     | 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       | 日      | 日     |     |  |
|   | 入院日数          | 日  | 日       | 日   | 日           | 日                       | 日       | 日      | 日     |     |  |
| ⑮ 看護移送等についてはその内容  |               |  |         |     |             |                         |         |        |       |     |  |
| ⑯ 患者負担額   | 予 防 接 種 医 療 費 |  |         |     |             |                         |         |        |       |     |  |
|   | 円             |  |         |     |             |                         |         |        |       |     |  |
|   | 内 訳           |  |         |     |             |                         |         |        |       |     |  |
|   | 特殊医療費分        | 円  |         |     | 医療保険等自己負担額分 | 円                       |         |        |       |     |  |
| ⑰ 医療手当請求額   |               |  |         |     |             |                         |         |        |       | 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 年 月 日</p> <p>請求者氏名</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 _____ 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> |         |     |             |                         |         |        |       |     |  |

(注 意)

1. 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. 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。
3. 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。
4. 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。
  - (1) 「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期第1回)」、「〇〇〇、臨時」というように記入してください。
  - (2) 「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。
  - (3) 「⑧実施者」は、実施に当たった市区町村長(を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。
  - (4) 「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。
  - (5) 「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。
5. 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。
  - (1) 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。
  - (2) 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。
6. 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。
7. 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。
8. 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。
9. 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。
10. ⑰の欄は、医療手当の請求額を記入してください。
11. 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。
12. 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。