

【医療費・医療手当請求書（様式1）記入例及び留意点】

・黒色のボールペンなど消えないペンで記載してください。
 ・記入訂正・修正をする場合には、該当する訂正箇所にも2本線を引いて消し、請求者の印鑑を「訂正印」として押し、そのすぐ上又は下に正しい文字を記載してください。

① 個人番号（マイナンバー）を記入

⑤ 住民登録上の世帯主氏名を記入
 ※ 続柄は、②からみた世帯主との関係を記入
 （記入例：本人、夫、父、子）

⑪⑫ 健康保険証等を確認し、当てはまるものに○

⑬ ・接種後の副反応のことで受診した医医療機関を記入
 ・（ ）内に所在地を記入
 ・複数ある場合は、全て記入

⑮ 署名と押印

予防接種健康被害救済制度
医療費・医療手当請求書 様式1

記入例

| | | | | | | |
|---|---|------------------|-----------------------|------------------------------------|--------|-------------|
| ① 個人番号 | ○○○○○○○○○○○○○○○○ | | | | | |
| ② 氏名 | ふりがな せたがや たろう 世田谷 太郎 | | ③ 性別 | 男 | ③ 生年月日 | 昭和○○年 ○月 ○日 |
| ④ 現住所 | 東京都世田谷区○○ ○-○-○ | | ⑤ 世帯主氏名 | 世田谷 太郎 | 続柄 | 本人 |
| ⑥ 受けた予防接種の種類 | ⑥ 種類 新型コロナウイルスワクチン 臨時○回目 | | ⑦ 実施年月日 | 令和 ○年 ○月 ○日 | | |
| | ⑧ 実施者 | 世田谷区長 | ⑨ 実施場所 | 接種を受けた具体的な場所を記入 ○○区民センター、○○医院など | | |
| ⑩ 居住地 | 当該予防接種を受けた当時の居住地を記入（転居がなければ④と同じ） | | | | | |
| ⑪ 医療保険等の種類 | 健保 ○ | 国保 | 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 | ○○医院(世田谷区○○ ○-○-○) ○○クリニック(世田谷区○○ ○-○-○) | | | | | |
| ⑭ 医療を受けた日数 | 入院日数 | 外 診 日 数 | 年月分 | 年月分 | 年月分 | 年月分 |
| | 入院日数 | | 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 | | | | | |
| | 記入不要です | | | | | |
| ⑰ 医療手当請求額 | 特殊医療費分 | 医療保険 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 円等自己負担部分 記入不要です | | | | | |
| 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 請求者氏名 世田谷 太郎（②の氏名と同じ） 市 町 村 長 殿 | | | | | | |
| ⑮ 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 世田谷 太郎 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） | | | | | |