

【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			③ 性別	男	③ 生年月日	昭和○○年 ○月 ○日			
	氏名	世田谷 太郎									
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		
⑧ 実施者	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	（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	○○医院（世田谷区○○ ○-○-○）										
	○○クリニック（世田谷区○○ ○-○-○）										
⑭ 医療を受けた日数	入院外診療実日数	年月分		年月分		年月分		年月分		年月分	
	入院日数	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
<div style="border: 1px solid red; background-color: yellow; padding: 5px; display: inline-block;"> 記入不要です </div>											
⑮ 患者負担額	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										
	<div style="border: 1px solid red; background-color: yellow; padding: 5px; display: inline-block;"> 記入不要です </div>										
⑯ 医療手当請求額	予 防 接 種 医 療 費										円
	特殊医療費分	内 訳								円	円
<div style="border: 1px solid red; background-color: yellow; padding: 5px; display: inline-block;"> 記入不要です </div>											
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											
⑰ 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）										