

## 医療費・医療手当請求書

① 個人番号	<b>記入不要です</b>				日中連絡可能な連絡先	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	
② ふりがな氏名	さがみ たろう			③ 生年月日	昭和〇 年 〇 月 〇 日		
	相模 太郎						
④ 現住所	神奈川県相模原市〇区〇 〇-〇			⑤世帯主氏名	相模 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 2回目			⑦実施年月日	昭和〇 年 〇 月 〇 日	
	⑧ 実施者	相模原市長			⑨ 実施場所	予防接種を受けた具体的な場所を記入 〇〇医院、〇〇公民館等	
	⑩ 居住地	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 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	請求に係る疾病について、医療を受けた医療機関の名称 〇〇医院、〇〇クリニック等 神奈川県相模原市〇区〇 〇-〇						
⑭ 医療を受けた日	入院外診療実日数	〇 日	日	日	日	日	日
	入院日数	〇 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						
	特殊医療費分と医療保険等自己負担分の合計を記入						
	内 訳						
	特殊医療費分	免疫学的検査であって、医療保険対象外の医療費を請求する場合に記入			円	医療保険等自己負担額分	健康保険適用分のみ 〇〇, 〇〇〇 円
⑰ 医療手当請求額	通院3日未満(月額) 35,000円 通院3日以上(月額) 37,000円 通院3日未満(月額) 35,000円 通院3日以上(月額) 37,000円 通院3日未満(月額) 35,000円						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 ↑請求書を提出する日付を記入してください 請求者氏名 相模 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 <b>記入・押印不要です</b> 印 (※自書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ものとの続柄を記載)						