

医療費・医療手当請求書

個人番号	記入不要です						日中連絡可能な連絡先	-
ふりがな氏名	さがみ たろう			男 女	生年月日	昭和 年 月 日		
	相模 太郎							
現住所	神奈川県相模原市 区 -			世帯主氏名	相模 太郎	続柄	本人	
受けた予防接種	種類	新型コロナウイルスワクチン 臨時 2回目			実施年月日	昭和 年 月 日		
	実施者	相模原市長			実施場所	予防接種を受けた具体的な場所を記入 医院、公民館等		
	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						
医療保険等の種類	健保	国保	その他 ()	被保険者本人 (組合員本人) 被扶養者の別	本 人	被扶養者		
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 医院、クリニック等 神奈川県相模原市 区 -							
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	
	入院外診療実日数	日	日	日	日	日	日	
	入院日数	日	日	日	日	日	日	
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							
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 円							
	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		円
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 市 町 村 長 殿 請求者氏名 相模 太郎								
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 記入・押印不要です 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)							

, は医療機関が作成する受診証明書とそろえてください。

(A4)