

記入例

別紙1

医療費・医療手当請求書

① 個人番号	マイナンバーの番号を記入してください						
② ふりがな 氏名	ながくて たろう			③ 生年月日	大正		
	長久手 太郎				昭和 ●●年 ●●月 ●●日 平成		
④ 現住所	愛知県長久手市●●●●			⑤ 世帯主 氏名	長久手 太郎		
					続柄 本人		
⑥ 受けた 予防接種 種類	新型コロナウイルスワクチン、臨時			⑦ 実施 年月日	令和 ● 年 ● 月 ● 日		
	⑧ 実施者 長久手市長				⑨ 実施場所 予防接種を受けた具体的 な場所を記載		
	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	⑪ 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	⑫ 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 医療を受けた医療機関の名称 例) 長久手西庁舎、●●病院など 医療機関の所在地住所を記入してください						
⑭ 医療を受けた 日数	●●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
入院日数		● 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を 記入する						
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載						
	内 訳						
特殊医 療費分		別紙参照 (該当する場合のみ)			円	医療保 険等自 己負担 額分	健康保 険適用 分のみ 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 入院8日未満(月額) 35,000円 入院8日以上(月額) 37,000円 入院と通院がある場合(月額) 37,000円						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 style="text-align: center;">令和 年 月 日 ←請求書を提出した日付を記入</p> <p style="text-align: center;">請求者氏名 長久手 太郎</p> <p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">本人署名 長久手 太郎</p> <p style="text-align: right;">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>						

(A4)