

予防接種健康被害救済制度
医療費・医療手当請求書

記入例

① 個人番号	①記入不要		
② ふりがな氏名	おおさか たろう 大阪 太郎	③ 生年月日	昭和○年 ○月 ○日
④ 現住所	大阪市阿倍野区文の里○丁目○番○号	⑤世帯主氏名	大阪 太郎 続柄 本人
⑥ 種類	新型コロナワクチン、臨時	⑦ 実施年月日	令和○年 ○月 ○日
⑧ 実施者	大阪市長(○○病院)	⑨ 実施場所	大阪市北区中之島○丁目○番○号
⑩ 居住地	大阪市阿倍野区文の里○丁目○番○号		
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	大阪○○病院(大阪市阿倍野区旭町○丁目○番○号) △△薬局(大阪市北区扇町○丁目○番○号)		
⑭ 医療を受けた日数	入院外診療実日数	RO年1月分 10日 RO年2月分 3日	年月
	入院日数	3日 0日	
⑮ 看護移送等についてはその内容	⑮医療保険で給付を受けた看護移送があれば、その状況及び医療保険で当該給付を受けたか否かの別を記入してください。		
予 防 接 種 医 療 費			
⑯ 患者負担額	56,000円		
	内 訳		
	特殊医療費分	0円	医療保険等自己負担額分 56,000円
⑰ 医療手当請求額	74,000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 請求者氏名 大阪 太郎 市 町 村 長 殿			
⑱ 同意欄	私は、個人番号を通じて自身 ⑱記入・押印不要 (※自署できない者は代筆者が署名)		

・④は、現住所（実際に居住しているところ）を記入してください。

・⑩は、該当予防接種を受けた当時の住民票上の住所を記入してください。

⑧⑨記入方法は次のとおり

○個別接種（取扱医療機関）
実施者
→大阪市長（医療機関名）
実施場所
→医療機関の所在地

○集団接種
実施者
→大阪市長
実施場所
→集団接種の会場名

⑭
・各日における通院・入院の日数であるため、同日に複数の医療機関にかかった場合は1日で計上してください。

・疾病について、医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数及び入院外診療実日数別に記入してください。（基本的には、受診証明書⑤の「医療を受けた日数」と同日です。）

・薬局での薬剤購入は日数に計上しません。

・この請求に係る疾病以外の疾病の診療日は含めないでください。

⑯
・予防接種医療費は、医療機関に支払った額として、下記内訳の「特殊医療費分」と「医療保険等自己負担額分」の合計額を記入してください。

・「医療保険等自己負担額分」とは、保険診療に相当する医療で、健康保険等から給付される額を控除した自己負担分（医療機関の窓口で支払う3割負担等）のことであり、差額ベッド、薬の容器、文書代等の保険適用外のは該当しません。

※ただし、食事療養費標準負担額は給付の対象です。

・受診証明書⑥の「患者負担額」と同額を記入してください。（受診証明書が複数ある場合は、合計額を記入してください。）

⑰
・通院や入院のあった年月における額が適用されます。給付額を確認の上記入してください。

(注 意)

1. ①の欄は、予防接種を受けたことによる疾病について医療を受けた者の個人番号を記入してください。
2. ②～④の欄は、医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
3. ⑤の欄は、2の医療を受けた者の属する世帯の世帯主の氏名及び続柄を記入してください。
4. ⑥～⑩の欄は、健康被害の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
 - (1) 「⑥種類」は、ジフテリア等の対象疾病の種類及び定期、定期外又は臨時の別を「ジフテリア、定期(第1期第1回)」、「〇〇〇、臨時」というように記入してください。
 - (2) 「⑦実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
 - (3) 「⑧実施者」は、実施に当たった市区町村長(受けた当時の居住地の市区町村長になります)等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、()の中にその医療機関の名称を記入してください。
 - (4) 「⑨実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
 - (5) 「⑩居住地」は、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。
5. ⑪及び⑫の欄は、2に記入した者又はその者を扶養する者の加入している医療保険等について、次により記入してください。
 - (1) ⑪の欄は、健康保険、国民健康保険、その他の該当するものを「○」でかこみ、その他に該当するときは、()に種類を記入してください。
 - (2) ⑫の欄は、②に記入した者が被保険者又は組合員本人であるか、被扶養者であるかの別を「○」でかこんでください。
6. ⑬の欄は、請求に係る疾病について、医療を受けた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
7. ⑭の欄は、医療手当の請求に係る医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数又は入院外診療実日数別に記入してください。
8. ⑮の欄は、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の別を記入してください。
9. ⑯の予防接種医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分(免疫学的諸検査であって、医療保険対象外)及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。
10. ⑰の欄は、医療手当の請求額を記入してください。
11. 医療手当のみの請求の場合は、⑪、⑫、⑮及び⑯の欄の記載は不要です。
12. ⑱個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。