

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 性別 男 女	③ 生年月日	昭和〇年 〇月 〇日
④ 現住所	大阪市阿倍野区文の里〇丁目〇番〇号	⑤ 世帯主 氏名	大阪 太郎	続柄 本人
⑥ 受けた 予防接種 種類	⑥ 種類	新型コロナウイルスワクチン		⑦ 実施年月日
	⑧ 実施者	大阪市長 (〇〇病院)		令和〇年 〇月 〇日
	⑨ 実施場所	大阪市北区中之島〇丁目〇-〇		
⑩ 居住地	大阪市阿倍野区文の里〇丁目〇番〇号			
⑪ 医療保険等の 種類	健保 国保 () その他 ()	⑫ 被保険者本人 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	大阪〇〇病院 (大阪市阿倍野区旭町〇丁目〇番〇号) △△薬局 (大阪市北区扇町〇丁目〇-〇)			
⑭ 医療を受けた 日数	入院外 診療実日数	R〇年1月分 10日	R〇年2月分 3日	年月分 日
	入院日数	3日	0日	日
	⑬ ・請求に係る疾病について、 医療を受けた(受診した)医療機関の名称及び所在地を記入してください (薬局も含まれます。)			
⑮ 看護移送等 についてはその内容	※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 〇年 〇月 〇日 請求者氏名 大阪 太郎 市 町 村 長 殿				
⑱ 同意欄	⑱記入・押印不要 本人署名			

・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、当該予防接種を受けた当時の居住地(住民票のある所在地)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

・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」と同日になります。)

・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ものは該当しません。
※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、合計額になります。)

⑰・医療手当請求額は次のとおりとなります。

※通院・入院のあった年月における額が適用
 【給付額】令和3年4月～令和4年3月 (1ヶ月の間に)
 通院3日未満 35,000円 通院3日以上 37,000円
 入院8日未満 35,000円 入院8日以上 37,000円
 入院と通院がある場合 37,000円

【給付額】令和4年4月～ (1ヶ月の間に)
 通院3日未満 34,900円 通院3日以上 36,900円
 入院8日未満 34,900円 入院8日以上 36,900円
 入院と通院がある場合 36,900円