予防接種健康被害救済制度

医療費・医療手当請求書（別紙）

①被接種者氏名　［　　］

⑬医療を受けた医療機関の名称及び所在地

⑭医療を受けた日数　※薬局での薬剤購入は日数に計上しません

	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

	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

	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

	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

	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