別紙1

記入例

医療費・医療手当請求書

①個人番号	① 記入不要		TEL:	電話番号（日中連絡が取れる番号）を記入ください。	
②ふりがな 氏名	ほんじょう　たろう 本庄　太郎	男 女	③生年月日	昭和〇年　〇月　〇日	
④現住所	埼玉県本庄市〇〇		⑤世帯主氏名	本庄　太郎	続柄　本人
受けた予防接種 ⑥種類	新型コロナウイルスワクチン臨時		⑦実施年月日	令和〇年　〇月　〇日	
受けた予防接種 ⑧実施者	本庄市長		⑨実施場所	〇〇医院、〇〇クリニック	
受けた予防接種 ⑩居住地	当該予防接種を受けた当時の住民票の住所を記入してください				
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	請求にかかる疾病について、医療をうけた医療機関の名称（薬局も含みます） 〇〇医院、〇〇クリニック、〇〇薬局等 本庄市〇〇－〇〇－〇〇				

⑭医療を受けた日数	令和〇年〇月分	令和〇年〇月分	年　月分	年　月分	年　月分	年　月分
入院外診療実日数	〇日	日	日	日	日	日
入院日数	日	〇日	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否かを記入		
⑯患者負担額	予防接種医療費		〇〇〇円
	内訳		
	特殊医療費分	〇〇〇円	医療保険等自己負担額分　〇〇〇円
⑰医療手当請求額	〇〇〇円		

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

↑請求書を提出する日付を記入してください

請求者氏名　本庄　太郎

市　町　村　長　殿

⑱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　⑱ 記入・押印不要　印 （※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入）

・未成年者分を保護者が記載する場合、請求者欄には「〇〇代理△△」のように記載し、申請しようとする者が法定代理人であることを証明するために、戸籍謄本もしくは住民票の提出が必要となります。
・未成年者自身でも請求も可能です。

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。

⑥は「**新型コロナウイルスワクチン臨時**」と記入してください。

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」を参考に金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。（1か月の間に）

令和3年4月～令和4年3月
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回以上 37,000円

令和4年4月～令和5年3月
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回以上 36,900円

令和5年4月以降
通院3日未満 35,800円
通院3日以上 37,800円
入院8日未満 35,800円
入院8回以上 37,800円
（令和5年4月現在）

※これ以降の医療手当請求額については厚生労働省ホームページにてご確認ください。

（注　意）

・記入例は赤字で示していますが、黒色のボールペンなど、消えないペンで記載してください。
・記入の訂正をする場合には、該当する訂正箇所に2本線を引き、請求者の印鑑を「訂正印」として押印し、そのすぐ上または下に正しい文字を記載してください。

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は不要です。
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、「新型コロナウイルスワクチン臨時」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。
看護移送とは、病気やケガで移動が困難な患者が、医師の指示で一時的・緊急的必要であり、移送された場合は移送費が現金支給として支給されます。
※１１９番による救急車の利用等は移送ではありません。
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。
※令和4年3月分までと令和4年4月分より医療手当請求額が変更になっています。
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は記入・押印不要です。