

医療費・医療手当請求書

記入例

① 個人番号											←記載不要です					
② ふりがな 氏 名	のべおか たろう 延岡 太郎										男女	男	③ 生年月日	昭和 ● 年 ● 月 ● 日		
④ 現 住 所	宮崎県延岡市〇〇町〇番地〇										⑤ 世帯主 氏 名	延岡 太郎		続柄	本人	
受けた 予防接種	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	延 岡 市 長										⑨ 実施場所	予防接種を受けた具体的な場所を記載 ■■病院、■■クリニックなど			
	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	☒ 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	請求に係る疾病について、医療を受けた医療機関の名称 ●●病院、●●クリニックなど 宮崎県延岡市〇〇町〇番地〇															
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		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否かの別を記入															
⑯ 患 者 負 担 額	予 防 接 種 医 療 費															
	記載不要です 円															
	内 訳 特殊医 療 費 分 記載不要です 円 医療保険 等 自 己 記載不要です 円															
⑰ 医療手当請求額	記載不要です 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 ↑請求書を提出する日付を 記入してください。 市 町 村 長 殿 請求者氏名 延岡 太郎																
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 記載・押印不要です ✕ (※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)															

