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							
② ふりがな 氏名	そうま　たろう 相馬　太郎		男 女	③ 生年月日	昭和〇年　〇月　〇日			
④ 現住所	相馬市中村字大手先13番地			⑤世帯主 氏名	相馬　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		⑦実施 年月日	令和〇年　〇月　〇日			
	⑧ 実施者	相馬市長（〇〇病院）		⑨ 実施場所	スポーツアリーナそうま第1体育館 スポーツアリーナそうま第2体育館 医療機関の所在地			
	⑩ 居住地	相馬市中村字大手先13番地						
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	相馬〇〇病院 相馬市〇〇字〇〇△△番地							
⑭ 医療を受けた日数		R〇年4月分	R〇5月分	年　月分	年　月分	年　月分	年　月分	
	入院外診療実日数	10日	3日	日	日	日	日	
	入院日数	3日	0日	日	日	日	日	
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。							
⑯ 患者負担額	予防接種医療費							
	50,000円							
	内訳							
	特殊医療費分	0円		医療保険等自己負担額分	50,000円			
⑰ 医療手当請求額	60,000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　相馬　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　　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載）

（A4）

記入上の注意事項

①個人番号は、記入不要です。

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。
⑩は、当該予防接種をうけた当時の居住地（住民票のある所在地）を記入してください。

⑧⑨記入方法は、以下のとおり
〇相馬市の集団接種
実施者 相馬市長
実施場所
スポーツアリーナそうま第１体育館
スポーツアリーナそうま第２体育館
〇相馬市の個別接種
実施者　相馬市長（〇〇病院）
実施場所　医療機関等の所在地

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。
（薬局も含みます。）

⑭疾病について、医療（診察）を受けた日数を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。なお、薬局での薬剤購入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予防接種を受けたことによる疾病について受けた医療に要した費用を支給します。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。
〇「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。**
〇受診証明書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予防接種を受けたことによる疾病について、その入院通院等に必要な諸経費を支給します。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ヵ月の間に）
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ヵ月の間に）
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

⑱記入・押印不要です。