

【記入例】

予防接種健康被害救済制度

医療費・医療手当請求書

① 個人番号	記入不要						
② ふりがな 氏名	なごや たろう 名古屋 太郎		③ 生年月日	昭和●●年 ●月 ●日			
④ 現住所	愛知県名古屋市●区 ●●町●-●			⑤ 世帯主 氏名	名古屋 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感染症・臨時		⑦ 実施 年月日	令和●年 ●月 ●日		
	⑧ 実施者	名古屋市長		⑨ 実施場所	●●病院		
	⑩ 居住地	愛知県名古屋市●区●●町●-●					
⑪ 医療保険等の 種類	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	▲▲病院(愛知県名古屋市●●区●●町●-●) ■■薬局(愛知県名古屋市●●区●●町●-●)						
⑭ 医療を受けた 日数	入院 診療実日数	R4年5月分 日	R4年6月分 4日	年 月 分 日	年 月 分 日	年 月 分 日	年 月 分 日
	入院 日数	3日	日	日	日	日	日
⑮ 看護移送等につ いてはその内容							
⑯ 患者負担額	予 防 接 種 医 療 費						
	192,000円						
	内 訳						
	特殊医 療費分	円		医療保険 等自己 負担額分	192,000円		
⑰ 医療手当請求額	71,800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 請求者氏名 名古屋 太郎 名古屋市長 様							
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 記入不要 (※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)						