

## [医療費・医療手当請求書の記入説明書]

○手書き記入の場合、黒色ボールペンを使用してください。

①個人番号

記入不要です。

②氏名、性別 ③生年月日 ④現住所

医療を受けた方の氏名、性別、生年月日、請求日現在の住所を記入してください。

⑤世帯主氏名、続柄

医療を受けた方の属する世帯の世帯主の氏名、続柄を記入してください。

⑥種類

予防接種の対象疾病の種類、定期・定期外または臨時の別を記入してください。

(例)「新型コロナウイルス感染症・定期」など

⑦実施年月日

予防接種を受けた年月日を記入してください。

⑧実施者

「名古屋市長」と記入してください。

※市外の医療機関で予防接種を受けた場合は「名古屋市長(医療機関名)」と記入してください。

※予防接種を受けた日に名古屋市以外に住民票があった方は、当時の住民票地の市区町村への請求となりますので、当時の住民票地の市区町村へお問合せください。

⑨実施場所

予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。(病院名、集団接種会場名等)

⑩居住地

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 ★医療手当のみ請求の場合は記入不要

健康保険証等を確認し、健康保険、国民健康保険、その他の該当するものを「○」で囲み、その他の場合は( )に種類を記入してください。

⑫被保険者本人(組合員本人)被扶養者の別 ★医療手当のみ請求の場合は記入不要

医療を受けた方が被保険者又は組合員本人か、被扶養者であるかの別を「○」で囲んでください。

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及び所在地を記入してください。

※複数ある場合は、すべて記入が必要です。薬局も含みます。

・記入欄が足りない場合は、余白に記載いただくか、別紙を使用してください。

⑭医療を受けた日数

請求に係る疾病の医療を受けた日数を1か月ごとに「入院外(外来)診療実日数」「入院日数」別に記入してください。

・同日に複数の医療機関にかかった場合 ⇒ 1日で計上します。

・同日に通院と入院のどちらもある場合 ⇒ 「入院1日」で計上します。

・薬局での薬剤購入 ⇒ 日数には計上しません。

・請求に係る疾病以外の医療(持病に係る医療等)にかかった日数は、計上しないでください。

・記入欄が足りない場合は、余白に記載いただくか、別紙を使用してください。

⑮看護移送等についてはその内容（該当の場合のみ記入）★医療手当のみ請求の場合は記入不要

看護、移送を行った場合は、その内容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・緊急的の必要があり移送されることを言い、移送費が現金給付として支給されるものです。

⑯患者負担額 ★医療手当のみ請求の場合は記入不要

受診証明書の記載内容と同額となるため、受診証明書を見て記入してください。なお、受診証明書が複数ある場合は、それぞれの合計額を記入してください。

ア 予防接種医療費：イとウの合計額を記入してください。

イ 特殊医療費分：免疫学的検査（免疫学的白血球検査等）であって、医療保険対象外の医療費がある場合に記入してください。

| 免疫学的検査の種類                  |               | 上限額     |
|----------------------------|---------------|---------|
| リンパ球（T細胞及びB細胞）サブポピュレーション測定 |               | 10,000円 |
| リンパ球機能検査                   | リンパ球培養試験      | 10,000円 |
|                            | マクロファージ遊走阻止試験 | 10,000円 |
| 免疫学的唾液検査                   |               | 10,000円 |
| 免疫学的血清検査                   | 各種抗体価検査       | 15,000円 |
|                            | 補体成分測定        | 25,000円 |
| 免疫学的白血球検査                  |               | 15,000円 |

ウ 医療保険等自己負担額分：医療機関の窓口で支払った自己負担額（3割等）のことで、保険適用外の差額ベッド代、薬の容器代、文書料等は該当しません。ただし、食事療養費標準負担額は対象です。

※他の医療費助成制度（高額療養費、難病医療費助成、自立支援医療等）による償還払いがある場合、その額を除いた金額を記入してください。併せて償還払いの金額が確認できる書類（通知文等）の写しをご提出ください。

※労災保険による給付がある場合、その額を除いた金額を記入してください。併せて労災保支給決定通知書の写しをご提出ください。

⑰医療手当請求額

「予防接種健康被害給付額一覧」を参照し、医療手当の請求額を記入してください。

⑱同意欄

記入不要です。