

【医療費・医療手当請求書（別紙1）記入例及び留意点】

・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。
 ・記入訂正・修正をする場合には、該当する訂正箇所にも2本線を引いて消し、請求者の印鑑を「訂正印」として押し、そのすぐ上又は下に正しい文字を記載してください。

① 個人番号（マイナンバー）を記入

⑤ 住民登録上の世帯主氏名を記入
 ※ 続柄は、②からみた世帯主との関係を記入
 （記入例：本人、夫、父、子）

⑪⑫ 健康保険証等を確認し、当てはまるものに○

⑬ ・接種後の副反応のことで受診した医療機関を記入
 ・（ ）内に所在地を記入
 ・複数ある場合は、全て記入

⑱ 署名と押印

別紙1		医療費・医療手当請求書				記入例
①	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	日中連絡可能な連絡先	〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇〇		
②	ふりがな 氏名	せたがや たろう 世田谷 太郎	③ 性別 男	③ 生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日	
④	現住所	東京都世田谷区〇〇 〇—〇—〇	⑤ 世帯主氏名	世田谷 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 〇回目	⑦ 実施年月日	令和 〇年 〇月 〇日		
	⑧ 実施者	世田谷区長	⑨ 実施場所	接種を受けた具体的な場所を記入 〇〇区民センター、〇〇医院など		
	⑩ 居住地	当該予防接種を受けた当時の居住地を記入（転居がなければ④と同じ）				
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	〇〇医院（世田谷区〇〇 〇—〇—〇） 〇〇クリニック（世田谷区〇〇 〇—〇—〇）				
⑭	医療を受けた日	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分
	入院日数	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				
⑰	医療手当請求額	記入不要です				
	特殊医療費分	円 医療保険等自己負担額				
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 世田谷 太郎（②の氏名と同じ） 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 世田谷 太郎 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）				