

【記載例】

様式1

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		電話番号: 〇〇〇-〇〇〇〇
② ふりがな氏名	さっぼろ たろう 札幌 太郎 <small>(※ワクチン接種を受けた方の氏名)</small>	③ 生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日
④ 現住所	札幌市〇〇区〇条〇丁目〇-〇 <small>(※現在の住所をご記入ください)</small>	⑤ 世帯主氏名	札幌 太郎 続柄 本人
⑥ 種類	新型コロナワクチン(臨時〇回目)	⑦ 実施年月日	令和〇年 〇月 〇日
⑧ 実施者	札幌市長 秋元 克広	⑨ 実施場所	〇〇病院
⑩ 居住地	札幌市〇〇区〇条〇丁目〇-〇 <small>(※接種時の住所をご記入ください)</small>		
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(札幌市〇〇区〇条〇丁目〇-〇) □□薬局(札幌市〇〇区〇条〇丁目〇-〇) <small>(※薬局も忘れずにご記入ください)</small>		
⑭ 医療を受けた日数	入院外診療実日数	RO年〇月分 3日	RO年〇月分 2日
	入院日数	日	5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) 予防接種医療費		
⑯ 患者負担額	特殊医療費分と医療保険等自己負担分の合計額を記載 円		
	特殊医療費分	医療保険等自己負担額分	〇〇,〇〇〇円
⑰ 医療手当請求額	〇〇〇,〇〇〇円		
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 札幌 太郎 市 町 村 長 殿			
⑱ 同意欄	記入不要		

(A4)

■「⑭医療を受けた日数」について
救済申請する疾病に係る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」と「入院日数」別に記入してください。
・救済申請する疾病以外の医療(持病に係る医療など)に係る日数は含めないでください。
・院外薬局分は日数には含めないでください。
・同日に入院と通院どちらもある場合は、「入院1日」とカウントしてください。
・欄が足りない場合は、余白に記載いただくか、別紙を作成してください。

■「⑮看護移送等についてはその内容」について
看護移送とは、病気やけがで移動が困難な患者が、医師の指示で一時的・緊急的が必要があり、移送された場合は、移送費が現金給付として支給されるものです。
※119番による救急車の利用等は看護移送ではありません。

■「⑯患者負担額」について
予防接種医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分及び医療保険等自己負担額分を記入してください。
・「医療保険等自己負担額分」は、保険診療に相当する医療費で、健康保険等による給付の額を除いた自己負担額(医療機関の窓口で支払う3割負担分など)となります。
・差額ベッド、薬の容器、文書代等の保険適用外のもの是对象外となります。
・ただし、食事療養費標準負担額は給付の対象となります。
・高額療養費や特定医療(指定難病)などの償還払いがある場合は、その額を除いた金額を記入してください。また、あわ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。

■「⑰医療手当請求額」について
下表を参照のうえ、「⑭医療を受けた日数」に応じた各月の金額の合計額をご記入ください。

【医療手当月額】	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
・通院月3日未満 ・入院月8日未満	35,000円	34,900円	35,800円	36,900円
・通院月3日以上 ・入院月8日以上 ・同一月に入院と通院	37,000円	36,900円	37,800円	38,900円