

医療費・医療手当請求書(記入例)

① 個人番号		0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0										
② ふりがな氏名		あらお はなこ 荒尾 花子				男 女	③ 生年月日	昭和〇年 〇月 〇日				
④ 現住所		熊本県荒尾市海陽町2丁目3-1 (実際に住んでいるところ)				⑤ 世帯主氏名	荒尾 太郎	続柄	夫			
⑥ 受けた予防接種の種類	⑥ 種類	新型コロナウイルス				⑦ 実施年月日	令和〇年 〇月 〇日					
	⑧ 実施者	荒尾市長				⑨ 実施場所	Aクリニック					
	⑩ 居住地	熊本県荒尾市宮内出目390 (住民票の住所地)										
⑪ 医療保険等の種類	<input checked="" type="radio"/> 健保 国保 <input type="radio"/> 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	Aクリニック：熊本県荒尾市〇〇〇 B薬局：熊本県荒尾市△△△ C病院：熊本県□□市□□□ D薬局：熊本県◎◎市◎◎◎											
⑭ 医療を受けた日	RO年4月分		・同日に複数の医療機関に係った場合でも1日で計上 ・同日に外来、入院がある場合は、入院1日、外来0日で計上 ・薬局での薬剤購入は日数に計上しない ・記載欄が不足する場合は記載欄を追加いただくか、別紙作成も可									
	入院外診療実日数	1日	RO年10月分 1日									
	入院日数	3日	0日									
⑮ 看護移送等についてはその内容	看護：居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護 移送：医師の指示で一時的・緊急的必要がある移送											
⑯ 患者負担額	予防接種医療費											
	下記「特殊医療費分」と「医療保険等自己負担額分」の合計											
	特殊医療費分	疫学的諸検査であって、医療保険対象外の医療費を請求する場合に記載				医療保険等自己負担額分	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。ただし、食事療養費標準負担額は対象内。					
⑰ 医療手当請求額	接種された時期により異なります。給付額をご確認ください。											
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 荒尾 花子 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 荒尾 花子 (※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)											

・複数の医療機関にかかった場合は併記
 ・記載欄が不足する場合は、別紙作成可

医療機関・薬局が記載

※受診証明書と診療録等の提供依頼がありましたら、ご対応をお願いします。

予防接種健康被害救済制度

受診証明書 (記入例)

(医療費・医療手当請求用)

- ・医師が予防接種との因果関係があると証明している必要はありません。
- ・疾病名としては、「～の疑い」として記載することや、病名がつかないと判断された場合は症状を記載していただくことも可能ですので、申請者にご相談ください。
- ・診断がついていない場合は、1つと限らず、複数の症状を記載いただくことも可能です。
- ・薬局にて証明いただく場合も、疾病名の記載は必要です。

① 氏名	荒尾 花子	男女	② 生年
③ 現住所	熊本県荒尾市海陽町2丁目3-1		
④ 申請に係る症状又は疾病の名称 ※下記(注意)3参照	心不全		

⑤ 医療を受けた日	入院外診療実日数	RO年4月分	RO年5月分	RO年6月分	RO年7月分	RO年8月分	RO年9月分	RO年10月分
		入院日数	1日	※同日に通院・入院がある場合は入院1日のみカウントします。		日	日	記載欄が不足する場合
		3日						0日

⑥ 患者負担額 ※詳細は、次ページをご確認ください。	医療費		A	51,480 円
	A = B + C となります。			
	特殊医療費分	B	0 円	
	医療保険等自己負担額分	C	51,480 円	

⑦ 予防接種後副反応疑い報告 (予防接種法に基づく)

報告日 令和〇年 〇月 〇日

〇副反応疑い報告制度について

医師等 副反応疑い

副反応疑い報告受付サイト

副反応 報告受付

副反応疑い報告を行っていない場合は、記入不要です。

(独)区薬品区療機命秘日機情への報告が必要です。

上記のとおり、申請に係る医療を行ったことを証明します。

令和 〇年 〇月 〇日

医療機関の名称 Aクリニック

所在地 熊本県荒尾市〇〇〇

開設者の氏名 増永 一郎

増永

別紙を添付される場合は、受診日数の欄に「別紙参照」とし、月単位の日数が記載された表を作成ください。

⑤ 医療を受けた日数	<1枚目(記入例)>						
	入院外診療実日数	1日	1日	1日	1日	1日	別紙参照日
	入院日数	3日	3日	3日	3日	3日	日

<2枚目(別紙例)>

受診証明書別紙 (別紙)	Aクリニック	
医療を受けた年月	RO年9月	RO年10月
入院外診療実日数	1日	1日

(押印不要)

「⑥患者負担額」について

「⑥患者負担額」の欄は、医療を受けた者が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(免疫学的諸検査であって、医療保険対象外)及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。

【対象となる医療費】

・予防接種を受けたことによる疾病について受けた、以下に掲げる医療が対象になります。ただし、健康保険等の療養に要する費用の額の算定方法の例による医療に限ります。よって差額ベッド、薬の容器、文書代等の保険適用外のものは対象外となります。ただし、食事療養費標準負担額は給付の対象となります。(平成6年9月9日健医発第1023号「健康保険法等の一部を改正する法律等の施行等について」の取扱いのとおり)

- なお、給付を受けることができる疾病名・期間等は認定を受けたものに限るため、それらに変更や追加があるときは、申請者は改めて認定を受ける必要があります。
- 診療
- 薬剤又は治療材料の支給
- 医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術
- 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- 移送

厚生労働省「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する手引き(21版)」P144より抜粋

「⑥患者負担額 特殊医療費分」について

○特殊医療費分とは、免疫学的諸検査であって医療保険対象外の医療をいいます。各検査の上限額は以下のとおりです。

種類	具体的な内容	上限額	種類	具体的な内容	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	免疫担当細胞であるT細胞及びB細胞を分離同定するための検査であって、Eロゼットの検査、表面免疫グロブリンの検査及びEACロゼットの検査が含まれる。	10,000円	免疫学的血清検査	体液性免疫に関与する抗体及び補体を産生する細胞の検査である。	
リンパ球機能検査	細胞性免疫に関与するリンパ球の刺激物質に対する反応性を測定するための検査である。		抗A、抗Bその他の既存抗体の抗体価測定及び活動免疫能試験	既存抗体の検出及び抗原刺激による抗体価の測定によって抗体産生能の障害を調べるものであり、既存抗体として同種血球凝集素価(抗A及び抗B抗体)の測定及びフラゼリンポリマー等の負荷による活動免疫能の検査が含まれる。	15,000円
リンパ球培養試験	リンパ球の幼若化を起こす物質を添加して培養を行い、リンパ球の機能障害を調べるものであってPHA(Phytohemagglutinin)、PWM(Pokeweed mitogen)及びLPS(Lipopolysaccharide)に対する反応が含まれる。	10,000円	補体成分測定	免疫反応を強化する各種補体成分C1～C9の定量が含まれる。	25,000円
マクロファージ遊走阻止試験	感作されたリンパ球が抗原物質の存在下で産生するマクロファージ遊走阻止因子の測定によって細胞性免疫を検査するものである。	10,000円	免疫学的白血球検査	生体の免疫機構において抗原情報の取込みに関与する白血球の機能を調べる検査であって白血球の抗原への遊走能(Chemotaxis Random mobility)貪食能(Phagocytosis)、細胞内殺菌能及びNBT還元検査が含まれる。	15,000円
免疫学的唾液検査	唾液について免疫に関与する因子(特に分泌型IgA)の検査を行うものであり蛋白分画測定、免疫電気泳動検査及び免疫グロブリン測定が含まれる。	10,000円			