


医療費・医療手当請求書

① 個人番号	記載不要です					
② ふりがな 氏名	ほんべつ たろう 本別 太郎		③ 生年月日	昭和〇年 〇月 〇日		
④ 現住所	北海道中川郡本別町〇丁目〇番地〇		⑤ 世帯主 氏名	本別 太郎	続柄	本人
⑥ 種類 ⑧ 実施者 ⑩ 居住地	新型コロナワクチン 臨時		⑦ 実施 年月日	令和〇年 〇月 〇日		
	本別町長		⑨ 実施場所	予防接種を受けた具合的な場所を記載 本別町総合ケアセンター、〇〇病院など		
	当該予防接種を受けた当時の居住地を記載してください。					
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	請求に係る疾病について、医療を受けた医療機関の名称 〇〇病院、〇〇クリニックなど 北海道中川郡本別町〇丁目〇番地〇					
⑭ 医療を受けた 日	入 診療	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分
⑮ 看護移送等につ いてはその内容	入 院					日
⑯ 患者負担額	⑭～⑰まで記載不要です					日
⑰ 医療手当請求額						円
⑱ 同意欄	<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>↑ 提出日を記載してください。 請求者氏名 本別 太郎</p> <p>市 町 村 長 殿</p> <p>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。</p> <p>本人署名 記載・押印は不要です </p> <p>(※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)</p>					