

## 医療費・医療手当請求書(海外在留法人)

① ふりがな 氏 名		男女		② 生年月日		年 月 日	
③ 現 住 所				④ 世帯主 氏 名		続柄	
受 け た 接 種	⑤ 種 類	海外在留邦人等向けワクチン接種事業		⑥ 実 施 年月日		年 月 日	
	⑦ 実施者	厚生労働省		⑧ 実施場所			
	⑨ 居住地						
⑩ 医療保険等の 種 類		健保	国保	その他 ( )	⑪ 被保険者本人 (組合員本人) 被扶養者の別		本 人 被扶養者
⑫ 医療を受けた 医療機関の 名称及び所在地							
⑬ 医療を受けた 日		入 院 外 診 療 実 日 数	年 月 分 日	年 月 分 日	年 月 分 日	年 月 分 日	年 月 分 日
		入 院 日 数	日	日	日	日	日
⑭ 看護移送等につ いてはその内容							
⑮ 患 者 負 担 額		海外在留邦人新型コロナワクチン接種医療費					
		円					
		内 訳					
		特 殊 医 療 費 分	円	医 療 保 険 等 自 己 負 担 額 分	円		
⑯ 医療手当請求額		円					
上記のとおり、海外在留邦人等向けワクチン接種事業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。							
年 月 日							
請求者氏名							
厚生労働大臣 殿							

(注 意)

2. ①～③の欄は、医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
3. ④の欄は、2の医療を受けた者の属する世帯の世帯主の氏名及び続柄を記入してください。
4. ⑤～⑨の欄は、健康被害の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
  - (1) 「⑥実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
  - (2) 「⑦実施者」は、実施に当たった市区町村長(を受けた当時の居住地の市区町村長になります)等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、( )の中にその医療機関の名称を記入してください。
  - (3) 「⑧実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
  - (4) 「⑨居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
5. ⑩及び⑪の欄は、2に記入した者又はその者を扶養する者の加入している医療保険等について、次により記入してください。
  - (1) ⑪の欄は、健康保険、国民健康保険、その他の該当するものを「○」でかこみ、その他に該当するときは、( )に種類を記入してください。
  - (2) ⑫の欄は、②に記入した者が被保険者又は組合員本人であるか、被扶養者であるかの別を「○」でかこんでください。
6. ⑬の欄は、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。
7. ⑭の欄は、医療手当の請求に係る医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数又は入院外診療実日数別に記入してください。
8. ⑮の欄は、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してください。
9. ⑯の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(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。
10. ⑰の欄は、医療手当の請求額を記入してください。
11. 医療手当のみの請求の場合は、⑪、⑫、⑮及び⑯の欄の記載は不要です。