

医療費・医療手当請求書の記載方法①

医療費・医療手当請求書

① 個人番号									
② ふりがな氏名				男女	③ 生年月日		年 月 日		
④ 現住所				⑤ 世帯主氏名		続柄			
⑧ 実施者	⑥ 種類		⑦ 実施年月日		年 月 日		⑨ 実施場所		
	⑩ 居住地								
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									
⑭ 医療を受けた日数		入院外診療実日数	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分	
		入院日数	日	日	日	日	日	日	

説明	記載例
①被接種者のマイナンバーを記入してください。	
②～⑤被接種者の情報を記入してください。	
⑥接種を受けたワクチンを記入してください。	新型コロナワクチン臨時接種
⑦今回の請求に係る症状が起きたと考えるワクチン接種の年月日を記入してください。	
⑧接種を受けたときに住民票を登録していた市町村長を記入してください。	静岡市長、浜松市長 など
⑨接種を受けた場所(医療機関名、集団接種会場名)を記入してください。	●●病院、静岡市集団接種会場(ツインメッセ)など
⑩接種当時の居住地(住所)を記入してください。	●●市●●町100番地
⑪⑫加入する医療保険について記入してください。	
⑬今回の請求に係る症状について医療を受けた医療機関を記入してください。院外処方の場合は薬局についても記入してください。医療機関が複数ある場合は並べて記入してください。(書き切れない場合は別紙に記載しても可)	●●病院 ●●市●●町200番地 ●●薬局 ●●市●●町300番地
⑭⑬の医療機関で医療を受けた日数を月ごとに記入してください。(薬局は含みません)	

医療費・医療手当請求書の記載方法②

⑮	看護移送等についてはその内容			
		予 防 接 種 医 療 費		
⑯	患者負担額	円		
		内 訳		
	特殊医療費分	円	医療保険等自己負担額分	円
⑰	医療手当請求額	円		
<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>請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p>				
⑱	同意欄	<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 _____ 印</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>		

説明	記載例
<p>⑮医師の指示で一時的・緊急的が必要があって看護移送した場合に、医療保険の自己負担分が給付の対象となります。</p> <p>該当がある場合は、移送の具体的な内容と医療保険からの給付状況を記入してください。</p>	<p>●●病院の医師の指示で、入院中の●●病院から▲▲病院へ、緊急的に転院した際の交通費及び看護師付添料協会けんぽから移送費を受給</p>
<p>⑯「予防接種医療費」に記入する金額は「特殊医療費分」と「医療保険等自己負担額分」の合計です。</p>	
<p>⑰「特殊医療費分」に記入する金額は、今回の請求に係る症状に関して行った免疫学的諸検査であって医療保険対象外のものの負担額です。対象検査と上限額は次ページのとおりです。</p>	
<p>⑱「医療保険等自己負担額分」に記入する金額は、⑬に記入した医療機関・薬局での自己負担額です。</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院した際の食事療養標準負担額として負担した金額を含みます。 差額ベッド代や文書料(診断書、証明書等)など医療保険対象外の負担額は含みません。 高額療養費や自治体独自の医療費助成など後日現金支給された(される予定の)給付があれば、<u>その額を差し引いてください</u>。 	
<p>⑰次ページの表を基に、⑭に記入した月ごとの日数に応じて計算した金額の合計を記入してください。</p>	

医療費・医療手当請求書の記載方法③

特殊医療費分に係る諸検査一覧

種類	具体的な内容	上限額
リンパ球(T細胞及びB細胞)サブボリューム測定	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
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。	10,000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(Poke weed mitogen)及びLPS(Lipopolysaccharide)に対する反応が含まれる。	
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。	
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
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。	15,000円
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。	
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。	
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

医療手当給付額一覧(医療を受けた日がR5.4.1以降)

入院通院区分	1か月における診療日数	1月当たりの手当の額
通院	3日未満の場合	35,800円
	3日以上の場合	37,800円
入院	8日未満の場合	35,800円
	8日以上の場合	37,800円
入院と通院	それぞれ1日以上の場合	37,800円

※同日に複数の医療機関にかかった場合は1日で計上する。
 ※同日に通院・入院がある場合は入院のみ1日とする。
 ※薬局での薬剤購入は日数に計上しない。

医療費・医療手当請求書の記載方法④

医療手当給付額一覧(医療を受けた日がR4.4.1～R5.3.31)

入院通院区分	1か月における診療日数	1月当たりの手当の額
通院	3日未満の場合	34,900円
	3日以上の場合	36,900円
入院	8日未満の場合	34,900円
	8日以上の場合	36,900円
入院と通院	それぞれ1日以上の場合	36,900円

※同日に複数の医療機関にかかった場合は1日で計上する。
 ※同日に通院・入院がある場合は入院のみ1日とする。
 ※薬局での薬剤購入は日数に計上しない。

医療手当給付額一覧(医療を受けた日がR4.3.31以前)

入院通院区分	1か月における診療日数	1月当たりの手当の額
通院	3日未満の場合	35,000円
	3日以上の場合	37,000円
入院	8日未満の場合	35,000円
	8日以上の場合	37,000円
入院と通院	それぞれ1日以上の場合	37,000円

※同日に複数の医療機関にかかった場合は1日で計上する。
 ※同日に通院・入院がある場合は入院のみ1日とする。
 ※薬局での薬剤購入は日数に計上しない。