

医療費・医療手当請求書

① 個人番号	※記入不要※							
② ふりがな 氏名	はちおうじ たろう 八王子 太郎		③ 生年月日	昭和 ● 年 ● 月 ● 日				
④ 現住所	八王子市●町●-●-●		⑤ 世帯主 氏名	八王子 太郎	続柄	本人		
受けた 予防接種	⑥ 種類	新型コロナウイルスワクチン(臨時)		⑦ 実施 年月日	令和 ● 年 ● 月 ● 日			
	⑧ 実施者	八王子市長		⑨ 実施場所	※予防接種を受けた具体的な場所 「●●接種会場」など			
	⑩ 居住地	※予防接種を受けた当時の居住地						
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	●●病院 八王子市●町●-●-●							
⑭ 医療を受けた 日数		●年●月分	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分	
	入院 診療実日数	●日	日	日	日	日	日	
	入院 日数	●日	日	日	日	日	日	
⑮ 看護移送等につ いてはその内容	※看護・移送を行ったときの状況、および医療保険で当該給付を受けたか否かを記入							
⑯ 患者負担額	予 防 接 種 医 療 費							
	[A]+[B]		※受診証明書⑥「患者負担額」と同じ額 (受診証明書が複数ある場合は、合計額)					円
	内 訳							
	特殊医 療費分	[A]	※免疫学的諸検査 (別紙)で医療保険対 象外のもの	円	医療保険 等自己 負担額分	[B]	円	
⑰ 医療手当請求額	通院3日未満 34,900円(月額) 通院3日以上 36,900円(月額) 円 入院8日未満 34,900円(月額) 入院8日以上 36,900円(月額) 入院と通院がある場合 36,900円(月額) ※令和4年4月現在の内容です。							
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 ● 年 ● 月 ● 日 請求者氏名 八王子 太郎 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 ※記入・押印不要※印 (※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)							

特殊医療費分の対象となるもの

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
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。	
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。	10,000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。	
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
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
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

- ・ 予防接種法施行令第十条第一項の医療に要した費用の額の算定方法(昭和52年04月28日厚生省告示第103号)