

【記載要領】

様式 1

医療を受けた人の氏名を記入してください。
(例：お子様が、治療を受けていればご両親でなく、お子様の氏名)

副作用救済給付用

提出日現在における満年齢
を記入してください。

医療費・医療手当請求書

(1)	フリガナ 請求者の氏名	キコウ タロウ ----- 機構 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(2) 生年月日 及び年齢	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	13 年 4 月 1 日	18 歳
(3)	フリガナ 現住所	トウキョウト チョダク カスミガセキ ----- (〒 100 - 0013) 東京都千代田区霞が関 3-3-2	電 話		03 (3506) 9413		

(4)	副作用によるものとみられる疾病の名称又は症状	薬物性肝障害	請求書等についてお問い合わせすることがあります。 電話番号は連絡がとれる番号を記入してください。
-----	------------------------	--------	---

(5)	(4)の疾病の原因とみられる医薬品等とその入手・使用場所		
	医薬品等の名称	医療機関等の名称	所在地
	イロハ錠	東西病院	東京都千代田区〇〇〇1-2-3
	投薬・使用証明書の(4)欄又は診断書の(6)欄に記載されている医薬品等の中で、請求にかかる疾病の原因とみられる医薬品等を記入してください。		
	受診証明書に記載されている日数を記入して一致させてください。(注1)		

(6)	(4)の疾病について医療を受けた病院、診療所又は薬局の名称及び所在地	医療機関等の名称 南北病院	所在地 東京都千代田区〇〇〇4-5-6	
		年号(和暦)で記入してください。平成・令和の記入は不要です。		
(7)	(4)の疾病について診療を受けた日数	31 年 2 月分	31 年 3 月分	31 年 4 月分
	入院外診療実日数	2 日	0 日	0 日
	入院実日数	7 日	20 日	30 日

(8)	(4)の疾病について要した医療費のうち医療保険等の自己負担額分	63,680 円
(9)	(4)の疾病について当機構からの医療費・医療手当の受給の有無	<input type="checkbox"/> 有(受給者番号:)・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
(10)	(4)の疾病について訴訟又は示談の有無	<input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 刑事事件 <input type="checkbox"/> 民事事件 <input type="checkbox"/> 和解 <input type="checkbox"/> 示談)・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
(11)	救済制度に関する情報の入手経路について	<input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他の医療機関職員 <input type="checkbox"/> 新聞・TV等 <input type="checkbox"/> その他()

上記のとおり、請求に係る疾病について要した医療費・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。

提出年月日を記入してください。

令和 1 年 6 月 1 日

高額療養費として医療保険で支給される額が分かっている場合には受診証明書で証明された自己負担額から、その額を除いて記入してください。

(注1) 同一日に入院と入院外診療がある場合は、その日は入院1日として記入し、入院外診療の欄には記入しないでください。同一日に医療機関で2回以上の医療を受けた場合でも、その日は1日とします。(この欄の日数が医療手当の支給額の算定基礎となります)

判決等の内容によっては、副作用救済給付の対象にはなりませんので、「有」にチェックした場合は、訴訟/和解/示談の資料をご提出ください。

診断書の(4)欄を参考に、今回ご請求される疾病の名称(副作用名)又は症状を記入してください。

必ずチェック等を入れてください。

請求者氏名 機構 太郎

医療を受けた人（請求者）が未成年（18 歳未満の人）の場合は、親権者又は後見人が、この請求に同意する旨記載してください。

太郎がこの医療費・医療手当を請求することに同意します。

親権者 機構 一郎

機構 和子

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 理事長 殿

救済給付に係る情報（請求者の個人情報を除く。）は、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」第 68 条の 10 第 3 項の規定に基づき、安全対策に利活用されますので、予めご了承下さい。

必ず記入してください。

(7)欄 別紙

(氏名 機構 太郎)
(住所 東京都千代田区霞が関 3-3-2)

受診証明書に記載されている日数を記入して一致させてください。

	1 年 5 月分	年 月分	年 月分	年 月分
入院外診療実日数	日	日	日	日
入院実日数	21 日	日	日	日

	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
入院外診療実日数	日	日	日	日
入院実日数	日	日	日	日

	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
入院外診療実日数	日	日	日	日
入院実日数	日	日	日	日

	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
入院外診療実日数	日	日	日	日
入院実日数	日	日	日	日

	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
入院外診療実日数	日	日	日	日
入院実日数	日	日	日	日

	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
入院外診療実日数	日	日	日	日
入院実日数	日	日	日	日

医療費・医療手当

(注意)

- 1 医療費又は医療手当いずれか一方のみを請求する場合には、請求書の上段に記載の「医療費・医療手当請求書」及び下段に記載の「医療費・医療手当の支給を受けたく」の文字のうち、不要の部分を消して下さい。

例：医療手当のみを請求する場合には「医療費」の文字を消す。

なお、医療手当のみを請求する場合には、(8)の欄の記入は不要です。

- 2 記入欄に書ききれない場合には、同欄に「別紙」と記入し、別紙に書いて、請求書に添付して下さい。
- 3 (1)の欄及び下段の請求者氏名は医薬品等の副作用によるものとみられる疾病について、医療を受けた方の氏名を記入して下さい。
- 4 (4)～(6)の欄は、医師又は歯科医師の診断書等を参照のうえ、次により記入して下さい。

(ア) (4)の欄には、副作用によるものとみられる疾病の名称を記入して下さい。

適当な名称がない場合には、症状を簡潔に記入して下さい。

(イ) (5)の欄には、(4)の疾病の原因とみられる医薬品等について、記入例を参考にするとともに、次により記入して下さい。(その医薬品等が2種以上ある場合には、それらすべてについて記入して下さい。)

なお、(4)の疾病について、当機構から医療費又は医療手当の支給の決定があった場合には、この欄の記入は不要です。

- ① 「医薬品等の名称」は、実際に使用した医薬品、又は再生医療等製品の販売名を記入して下さい。販売名が不明の場合には、一般名でも結構です。

また、知人から入手した場合など、医療機関等以外から入手、使用した場合にも同欄に記入して下さい。

医療機関から発行された院外処方箋による医薬品の場合には、おくすり手帳や薬剤情報提供文書のコピー等を可能な限り添付して下さい。

なお、(5)の欄に記載がない医薬品等であっても、医療費・医療手当診断書(様式2の(1)又は様式2の(2))その他の資料において、副作用救済給付の支給又は不支給の決定のうえで必要な医薬品等の使用が明らかとなった場合には、(5)の欄に記載の医薬品と同様に、(4)の疾病の原因とみられる医薬品等として取り扱うこととします。

- ② 「医療機関等の名称」及び「所在地」には、「医薬品等の名称」に記載した各医薬品等について、投薬された、若しくは使用された病院・診療所又は入手した薬局等(処方箋に基づいて入手した場合には、処方箋を交付した病院・診療所)の名称及び所在地を記入して下さい。

(ウ) (6)の欄には、(4)の疾病について診察、治療等を受けた病院・診療所又は処方箋に基づき医薬品の交付を受けた薬局の名称及び所在地を記入して下さい。

なお、医療機関が2カ所以上ある場合には、それらすべてについて記入して下さい。

- 5 (7)の欄には、(4)の疾病について診療を受けた日数をひと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下さい。
- 6 (8)の欄は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の規定に基づく公費負担医療による給付を受けた場合には、これらの給付が行われた後の費用徴収等の自己負担額を記入して下さい。
- 7 (9)の欄には、その有無について該当するものにチェックし、有の場合には、受給者番号を記入して下さい。
- 8 (10)の欄は、その有無について該当するものにチェックし、有の場合には、さらに()内の該当するものにチェックして下さい。

なお、刑事事件及び民事事件については、裁判中のもの及び確定判決が出たものを含みます。

また、裁判上の和解の場合には和解を、それ以外の和解の場合には示談をチェックして下さい。

- 9 (11)の欄は、該当するものにチェックして下さい。その他の場合は、さらに()内に具体的な救済制度に関する情報の入手経路を記入して下さい。

- 10 この請求書には、次の書類を添付して下さい。

なお、(4)の疾病について、当機構から医療費又は医療手当の支給の決定があった場合又は同時に障害年金又は障害児養育年金の支給を請求しようとする場合には、(イ)の書類は不要です。

(ア) 医療費・医療手当診断書(様式2の(1)又は2の(2))

(イ) 投薬・使用証明書(様式3)又は販売証明書(様式4)

ただし、(5)の医薬品等が(ア)の診断書を作成する医師によって使用された場合(処方箋を交付した場合を含みます。)には不要です。

(ウ) 受診証明書(様式5) その他医療費の自己負担額を証明することができる書類