

【記載要領】

様式 1 - 2

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)

感染救済給付用

医療費・医療手当請求書

提出日現在における満年齢
を記入してください。

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

(1)	フリガナ 請求者の氏名	キョウ タロウ 機構 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	2)	<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)	生物由来製品等を介した感染等による ものとみられる疾病の名称又は症状	B型劇症肝炎	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。
(4-1)	(4)の疾病の原因とみられるもの	<input checked="" type="checkbox"/> 生物由来製品・ <input type="checkbox"/> 再生医療等製品・ <input type="checkbox"/> 2次感染等	

2 次 感 染 等 の 場 合	(4-2)	フリガナ 1次感染者の氏名	
	(4-3)	請求者と(4-2)の者との身分関係	<input type="checkbox"/> 配偶者・ <input type="checkbox"/> 親族・ <input type="checkbox"/> その他()
	(4-4)	(4-2)の者の感染救済給付の有無	<input type="checkbox"/> 有 (受給者番号:)・ <input type="checkbox"/> 無

(5)	(4)の疾病の原因とみられる生物由来製品等とその入手・使用場所		
生物由来製品等の名称	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(7)欄に記載されている生物由来製品等の 中で、請求にかかる疾病の原因とみられる生物由来製品等を記入してください。			

(6)	(4)の疾病の発現に影響を及ぼしたとみられる医薬品とその入手・使用場所		
医薬品名	医療機関等の名称	所在地	
		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	
(8)	(4)の疾病について 診療を受けた日数	31 年 2 月分 入院外診療実日数 2 日	31 年 3 月分 0 日	31 年 4 月分 0 日
		入院実日数 7 日	20 日	30 日

(9)	(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
(10)	(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
(11)	(5)の生物由来製品等による副作用救済給付の有無	<input type="checkbox"/> 有 (受給者番号:) <input checked="" type="checkbox"/> 無
(12)	(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
(13)	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、感染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。

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、必ず記名してください。

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。

(8)欄 別紙

必ず記入してください。



(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