

■入力用PDFフォームの利用について

医療費・医療手当請求書 [様式1] (入力用PDF) は、必ずPDFファイルを端末上にダウンロードした後、「Adobe Acrobat Reader DC」からPDFファイルを開き、入力を行ってください。Microsoft Edgeなどのブラウザで開いた場合、入力や印刷が正常にできない場合があります。

Windows10の場合

- ① 医療費・医療手当請求書 [様式1] (入力用PDF) をご自身のPCに保存する。
- ② 保存したPDFファイルを右クリックして「プログラムから開く(H)」→「Adobe Acrobat Reader DC」を選択して、PDFファイルを開いてください。

PDFフォームへの入力を行うには「Adobe Acrobat Reader」が必要です。Adobe公式サイトより最新のバージョンに更新の上、ご利用ください。

<https://get.adobe.com/jp/reader/>

■入力・印刷について

「入力フォーム 1」「入力フォーム 2」は入力をサポートする為のページです。入力された内容は4ページ目以降の「医療費・医療手当請求書」に反映されます。請求時には、4ページ目以降を印刷してご使用ください。

入力フォーム 1

入力フォーム 2

医療費・医療手当請求書

医療費・医療手当請求書
(別紙)

- 両面印刷ではなく片面印刷していただきますようお願いします。
- 印刷時には拡大・縮小を行わないようにしてください。

副作用救済給付用 医療費・医療手当請求書 入力フォーム 1

患者の名前

患者の名前（フリガナ）

性別

男 女

生年月日

明治 大正 昭和
 平成 令和

年齢

郵便番号

電話番号

現住所

フリガナ ()

副作用によるものとみられる疾病の名称（病名）または症状 診断書の（4）を参考に記入してください

疾病の原因とみられる医薬品名と、医薬品を処方した医療機関や医薬品を購入したドラッグストアの名称、所在地

| 医薬品等の名称 | 医療機関等の名称 | 医療機関等の所在地 |
|---------|----------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

疾病について医療を受けた病院、診療所または薬局の名称および所在地 診断書を参考に記入してください

| 医療機関等の名称 | 医療機関等の所在地 |
|----------|-----------|
| | |
| | |
| | |
| | |

医療費のうち医療保険等の自己負担額分

 円

今までに医療費・医療手当を受給したことがありますか

有 無

受給者番号

疾病について訴訟又は示談の有無

有 (刑事事件 民事事件 和解 示談) ・ 無

救済制度に関する情報の入手経路について

医師 歯科医師 薬剤師 その他の医療機関職員 新聞・TV等 その他

請求日

副作用救済給付用

医療費・医療手当請求書

| | | | | | | |
|---|---|----------------------------|------------------|---|-------|---|
| (1) フリガナ 請求者の氏名 | | | (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 type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | 歳 |
| | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 女 | | | | |
| (3) フリガナ 現住所 | (〒 -) | | | | 電 話 | |
| | | | | | () | |
| (4) 副作用によるものとみられる疾病の名称又は症状 | | | | | | |
| (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 | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| (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 | 所在地 | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| (7) (4)の疾病について診療を受けた日数 | | 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 | |
| (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 | | | | | | 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 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 type="checkbox"/> 無 | | | | | |
| (11) 救済制度に関する情報の入手経路について | <input 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。 令和 年 月 日 請求者氏名 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。

(7)欄 別紙

(氏名)

(住所)

| | 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 |

| | 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