

予防接種健康被害救済制度
受 診 証 明 書
(医療費・医療手当請求用)

① 氏 名	北九 太郎		② 性 別	男 女	③ 生 年 月 日	昭和〇〇年 〇 月 〇 日	
④ 現 住 所	北九州市〇〇区〇〇町〇-〇						
⑤ 申請に係る症状又は疾病 の名称 ※下記(注意)3参照	(薬局等でご不明な場合も、医師にご確認のうえご記入ください)						
⑥ 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
	※持病等に係る日数は除いてください。						
⑦ 患 者 負 担 額	医 療 費						
	特殊医療費分と医療保険等自己負担額分の合計を記入 ※文書代、差額ベッド代、薬の容器代等の保険外費用は含めない。 円						
	※持病等に係る医療費は除く。 内 訳						
⑧ 特 殊 医 療 費 分	免 疫 学 的 諸 検 査 等 医 療 保 険 対 象 外 の 医 療 費 を 円 請求する場合に記載	医 療 保 険 等 自 己 負 担 額 分	健康保険適用分のみ (入院中の食事代も含む) 円 (差額ベッド代等は含めない)				
⑨ 予 防 接 種 後 副 反 応 疑 い 報 告 (予防接種法に基づく)	報告日 令和 年 月 日 ※疾病が副反応疑い報告の基準に 該当する場合は、医療機関から (独)医薬品医療機器総合機構 への報告が必要です。						
〇副反応疑い報告制度について 医師等 副反応疑い  〇副反応疑い報告受付サイト 副反応 報告受付 							
上記のとおり、申請に係る医療を行ったことを証明します。 令和 年 月 日 ↓医療機関の公印でも可 医療機関の名称 △△病院 所 在 地 △△市△△区△△町△-△ 開 設 者 の 氏 名 担当医ではなく、代表者の氏名と代表印 印							

(A4)

(注 意)

- この受診証明書は、厚生労働大臣への予防接種健康被害認定申請手続きのためのものです。
- ①～③の欄は、医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- ④の欄は、予防接種健康被害救済制度の申請に係る症状又は疾病の名称を記載してください。(申請に関係のない疾病等(検査病名、増悪のない基礎疾患等)は記載しないでください。)
※適当な名称がない場合には、症状を簡潔に記入してください。
- ⑤の欄は、疾病について、医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数及び入院外診療実日数別に記入してください。
- ⑥の医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分(免疫学的諸検査であつて、医療保険対象外)及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。
- ⑦予防接種後副反応疑い報告は、予防接種法第12条第1項の規定に基づき、医師等が定期的予防接種又は臨時的予防接種を受けた者が一定の症状を呈していることを知った場合に、厚生労働省に報告しなければならない制度です。