

作成時の注意点

【医療機関・薬局のご担当者様へ】

受診証明書は、予防接種健康被害救済制度の認定後、給付を受けるための大切な書類です。作成について不明な点等ございましたら、担当課へお問い合わせいただきますようお願いいたします。記載内容に誤りや不備がある場合、修正や再発行をお願いする場合がございます。

※認定申請時に必要な様式はこちらの様式（別紙2-（2））になります。（別紙2-（1）ではありません。）
 ※「④疾病名」に記載した疾病に係るもの以外は記入しないでください。

別紙2-（2）

受 診 証 明 書 予 防 接 種 健 康 被 害 認 定 申 請 用

① 氏 名		男 女	② 生 年 月 日	年	月	日
③ 現 住 所						
④ 疾 病 名						
⑤ 医 療 を 受 け た 日	入 院 外 診 療 実 日 数	年 月 分	年 月 分	年 月 分	年 月 分	年 月 分
	入 院 日 数	日	日	日	日	日
医 療 費						
[A + B] 円						
⑥ 患 者 負 担 額	内 訳					
	特 殊 医 療 費 分	[A] 円		医 療 保 険 等 自 己 負 担 額 分	[B] 円	
上記のとおり、医療を行ったことを証明します。						
令和 年 月 日						
医療機関の名称						
所 在 地						
開設者の氏名						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、疾病名を記入してください。
- 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（疫学的諸検査であって、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。

④疾病名
 診療録等の内容と相違がないようご注意ください。（本制度は、認定された疾病についてのみ給付を受けることができます。）

⑤医療を受けた日数
 ④の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および入院外診療実日数別に記入してください。同日に入院と通院がある場合は、入院日数にのみカウントしてください。

「開設者の氏名」
 病院の院長や管理者等の氏名・押印でも差し支えありません。

⑥患者負担額・・・「医療費」(A+B)には「特殊医療費分」(A)と「医療保険等自己負担額分」(B)の合計を記入してください。

【特殊医療費分(A)】

下記の疫学的諸検査で医療保険対象外のものを指します。

- リンパ球（T細胞及びB細胞）サブポピュレーション測定
- リンパ球機能検査
 - ・リンパ球培養試験
 - ・マクロファージ遊走阻止試験
- 疫学的唾液検査
- 疫学的血清検査
 - ・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
 - ・補体成分測定
- 疫学的白血球検査

【医療保険等自己負担額分(B)】

保険診療に相当する医療費で、健康保険等から給付される額を控除した自己負担額（医療機関等の窓口で支払う自己負担分）であり、差額ベッド代や薬の容器代、文書代等の保険適用外のもの対象外です。

ただし、食事療養費標準負担額は対象となりますので、合わせてご記入ください。