

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			男 女	② 生年月日	年 月 日		
③ 現 住 所							
④ 申請に係る症状又は疾病 の名称 ※下記(注意)3参照							
⑤ 医 療 を 受 け た 日 数		年 月 分	年 月 分	年 月 分	年 月 分	年 月 分	年 月 分
	入 院 外 診 療 実 日 数	日	日	日	日	日	日
	入 院 日 数	日	日	日	日	日	日
⑥ 患 者 負 担 額	医 療 費						
	円						
	内 訳						
	特 殊 医 療 費 分	円		医 療 保 険 等 自 己 負 担 額 分	円		
⑦ 予防接種後副反 応 疑 い 報 告 (予防接種法に基づく)	報告日 年 月 日			○副反応疑い報告制度について 医師等 副反応疑い ○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。 年 月 日 医療機関の名称 所 在 地 開 設 者 の 氏 名							

(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。
- 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、医師等が定期の予防接種又は臨時の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。

(参考)

予防接種法施行令第10条第1項の医療に要した費用の算定方法

予防接種法施行令(昭和23年政令第197号)第4条第2項の規定に基づき、同条第1項の医療に要した費用の額の算定方法を次のように定め、昭和52年2月25日から適用する。

予防接種法施行令第10条第1項の医療に要した費用の額の算定方法

第1章 特殊医療費

1. リンパ球(T細胞及びB細胞)サブポピュレーション測定	10,000円
2. リンパ球機能検査	
一 リンパ球培養試験	10,000円
二 マクロファージ遊走阻止試験	10,000円
3. 免疫学的唾液検査	10,000円
4. 免疫学的血清検査	
一 各種抗体価測定	15,000円
二 補体成分測定	25,000円
5. 免疫学的白血球検査	15,000円

第2章 その他の医療費

前章の規定により算定される特殊医療費以外の予防接種法施行令第10条第1項の医療に要した費用の額の算定方法は、健康保険の医療に要する費用の額の算定方法の例による。ただし、次の各号に掲げる者に係る医療に要した費用の額の算定方法は当該各号に掲げる算定方法の例によるものとする。

- 1 75歳以上の者(平成14年9月30日において70歳以上である者(同年10月1日において75歳以上である者を除く。以下「経過措置対象者」という。)を含む。)及び65歳以上75歳未満の者(経過措置対象者を除く。)であつて高齢者の医療の確保に関する法律施行令(平成19年政令第318号)別表に定める程度の障害の状態にあるもの(次号に掲げる者を除く。)

後期高齢者医療の療養の給付に要する費用の額の算定方法

- 2 介護保険法(平成9年法律第123号)の規定により医療に関する給付を受ける者
介護保険の医療に要する費用の額の算定方法