

受 診 証 明 書

① 氏 名		② 生年月日	年 月 日
③ 現住所			
④ 医薬品(ワクチン)の副作用による疾病の名称			
⑤ 受診年月日	通院日	年 月 日	
	入院日	年 月 日	
<p>上記のとおり、医薬品(ワクチン)を受けたことによる疾病について医療を行ったことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の名称 所在地 開設者の氏名</p>			

(注意)

この受診証明書は、名古屋市長への「任意予防接種健康被害見舞金制度」申請手続きのために医薬品(ワクチン)を受けたことにより生じた可能性が否定できない疾病について医療を行ったことを証明いただくものです。

- ・①～③の欄は、医薬品(ワクチン)を受けたことによる疾病について医療を受けた者の氏名、生年月日及び現住所を記入してください。
- ・④の欄は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の決定通知書の「医薬品の副作用による疾病の名称」に記載されている疾病名を記入してください。
- ・⑤の欄は、④の欄の疾病について医療を受けた通院日及び入院日を記入してください。