

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<br>氏名                                   | 北九 太郎   | ②<br>性別  | 男<br>女         | ②<br>生年月日   | 昭和〇〇年 〇月 〇日                           |     |     |
| ③<br>現住所                                  | 北九州市〇〇区〇〇町〇一〇   |          |                |             |                                       |     |     |
| ④<br>予防接種を受けたことによる疾病の名称                   | ※注意参照 (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)  |          |                |             |                                       |     |     |
| ⑤<br>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 | 年月分 |
|   | 入院日数  | 年月分      | 年月分            | 年月分         | 年月分                                   | 年月分 | 年月分 |
| ⑥<br>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<br>※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。<br>※持病等に係る医療費は除く |          |                |             |                                       |     |     |
|   | 円   |          |                |             |                                       |     |     |
| ⑦<br>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 | ○副反応疑い報告制度について |             |                                       |     |     |
|   | ※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。                       |          | 円              | 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) (差額ベッド代等は含めない) |     |     |
| 上記のとおり、予防接種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。 |   |          |                |             |                                       |     |     |
| 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△一△                          |   |          |                |             |                                       |     |     |
| 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、予防接種後に生じた健康被害とみられる疾病の名称を記入してください。  
※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(定期の予防接種等)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。