

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 男女	② 生年月日		年	月	日
③ 現住所							
④ 予防接種を受けたことによる疾病の名称 ※注意参照	当該疾病について医療を受けた医療機関等に作成を依頼してください。						
⑤ 医療を受けた日	入院実日数	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
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	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。				<input type="text" value="医師等 副反応疑い"/>  ○副反応疑い報告受付サイト <input type="text" value="副反応 報告受付"/> 		
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							
医療機関の名称							
所在地							
開設者の氏名							
印							

(A4)

(注 意)

疾病について医療を受けた日数を入院実日数及び入院外診療実日数に記入してください。
 ※同日に通院・入院がある場合は入院のみ1日としてください。
 ※薬局での薬剤購入は日数に計上しません。
 ※この請求に係る疾病以外の診療日は含めないでください。

※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。

4 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。

医療費には、下部内訳の「特殊医療費分」と「医療保険等自己負担額分」の合計額を記入してください。
 ※「医療保険等自己負担額分」とは、保険診療に相当する医療で、健康保険等から給付される額を控除した自己負担額分(医療機関の窓口で支払う3割負担等)のことであり、差額ベッド代、薬の容器代、文書代等の保険適用外のものとは該当しません。
 ※食事療養費準備負担額は給付の対象です。

的諸検査であつ
 用の予防接種又
 合に、厚生労働