

受 診 証 明 書

① 氏 名		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								
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	予 防 接 種 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
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)

*この証明は、予防接種被害者健康手帳の取得者に対する証明です。

*健康手帳に書かれている疾病にかかる医療費の給付を行います。

*必ず、裏面の注意事項をご確認の上、記載ください。

・⑥の特殊医療とは、「リンパ球(T細胞及びB細胞)サブpopulation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」「免疫学的唾液検査」「免疫学的血清検査」「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」「免疫学的白血球検査」です。

作成にあたっての注意事項

- 1 予防接種被害者健康手帳の認定疾病名を確認のうえ記入してください。
- 2 ①～③の欄は、予防接種を受けたことによる認定疾病について、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。
- 3 ④の欄は、予防接種を受けたことによる認定疾病(認定疾病が原因となって併発した疾病を含む。以下同じ。)を記入してください。
その場合、「認定疾病の併発による疾病」ということが分かるよう記入してください。
薬局で認定疾病名が分からない場合は、処方箋を作成した医師(病院)に確認してください。
- 4 ⑤の欄は、予防接種を受けたことによる認定疾病について、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。同日に外来、入院の両方ある場合、入院実日数欄にのみ記載してください。
受診日数の欄が足りない場合、別紙を添付することは可能です。「別紙参照」と記載し、月単位の日数が記載された表を作成してください。別紙に押印は不要ですが、医療を受けた者の氏名や医療機関の名称は必ずご記載ください。
- 5 ⑥の患者負担額の予防接種医療費の欄は、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。(特殊医療費が0円の場合、予防接種医療費と医療保険等自己負担額は同額になります。)

* 給付対象医療等は以下の通りです(新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する手引きより抜粋)

【給付内容】

予防接種を受けたことによる疾病について受けた、以下に掲げる医療。ただし、健康保険等の療養に要する費用の額の算定方法の例による医療に限る。よって、差額ベッド、薬の容器、文書代等の保険適用外のものは対象外である。ただし、食事療養費 標準負担額は給付の対象となる。(平成6年9月9日健医発第 1023 号「健康保険法等の一部を改正する法律等の施行等について」の取扱いのとおり) なお、給付を受けることができる疾病名・期間等は認定を受けたものに限るため、それらに変更や追加があるときは改めて認定を受ける必要がある。

- ・診療
- ・薬剤又は治療材料の支給
- ・医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術
- ・居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- ・病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- ・移送

【給付額】

健康保険等による給付の額を除いた自己負担分。ただし乳幼児医療費助成等の自治体の助成制度による給付があった場合はその額を除いた額とし、現に要した費用の額を超えることはできない。