

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	相模 太郎		男女 男	② 生年月日	昭和〇年 〇月 〇日		
③ 現住所	神奈川県相模原市〇区〇 〇-〇						
④ 申請に係る症状又は疾病の名称 ※下記(注意)3参照	〇〇症 ※1						
⑤ 医療を受けた日数	入院外 診療実日数	〇年〇	〇年〇	年月分	年月分	年月分	年月分
	入院日数	2日	1日	※2日	日	日	日
⑥ 患者負担額	医療費						
	※3 54,000 円						
	内 訳						
特殊医療費分	※4 0 円		医療保険等自己負担額分	「※3」と「※4」の差額 54,000 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 令和〇年〇月〇日			〇副反応疑い報告制度について <input type="text" value="医師等 副反応疑い"/> <input type="button" value="🔍"/>			
	※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。			〇副反応疑い報告受付サイト <input type="text" value="副反応 報告受付"/> <input type="button" value="🔍"/>			
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。							
令和 〇年 〇月 〇日							
医療機関の名称 〇〇病院							
所在地 〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇							
開設者の氏名 〇〇 〇〇 <span style="float: right;">印</span>							

(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。