

予防接種健康被害救済制度
新型コロナウイルスワクチン

受診証明書記載マニュアル

「医療機関用」

令和5年7月14日発行

目次	1
Q 1 受診証明書で使用する様式について	2
Q 2 ①氏名、②生年月日、③現住所について	4
Q 3 ④疾病名、⑤医療を受けた日数について	5
Q 4 ⑥患者負担額の記載について	6
Q 5 医療を行ったことの証明について	8

Q 1 受診証明書で使用する様式について

○ 受診証明書の様式は別紙2-(1)、別紙2-(2)の2種類です。

■別紙2-(1)

健康被害が予防接種によるものと認定された後に、追加で発生した医療費を請求する際に使用してください。

■別紙2-(2)

これから認定を受けるための申請を行う際に使用してください。

別紙2-(1)「認定後申請用」

認定後、追加で認定疾病に対する医療費を請求する場合は、当該様式を使用してください。

別紙2-(1)

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	入院外 診療実日数	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分
	入院日数	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
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)

- 1 予防接種被害者健康手帳により、認定疾病名を確認のうえ記入してください。
なお、認定疾病が原因となって併発した疾病についても証明してください。
- 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。)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疾病名を記入してください。
- 4 ⑤の欄は、予防接種を受けたことによる疾病について、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。
- 5 ⑥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。

別紙2－(2)「認定申請用」

これから認定を受けるために申請する場合は、当該様式を使用してください。

別紙2－(2)

受 診 証 明 書 予 防 接 種 健 康 被 害 認 定 申 請 用

①氏名		男女	②生年月日	年	月	日
③現住所						
④疾病名						
⑤医療を受けた日数	入院外診療実日数	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分
	入院日数	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		

上記のとおり、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)

- 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、疾病名を記入してください。
- 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つて、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。

「予防接種健康被害認定申請用」と記載があるのが別紙2－(2)

様式ダウンロード先 (厚生労働省ホームページ)

「予防接種健康被害救済制度について」－様式

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_kenkouhigaikyusai.html

Q 2 ①氏名、②生年月日、③現住所について

別紙2-(2)

性別の記載漏れに注意してください

受 診 証 明 書

〔 予 防 接 種 健 康
被 害 認 定 申 請 用 〕

① 氏 名	岐阜 太郎	男 女	② 生年月日	1975 年 6 月 1 日			
③ 現 住 所	岐阜県岐阜市藪田南2-1-1						
④ 疾 病 名							
⑤ 医 療 を 受 け た 数 日		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

- ①氏名
 - ・医療を受けた者の氏名を記載し、その者の性別を「○」でかこってください。
- ②生年月日
 - ・医療を受けた者の生年月日を記載してください。
 - ・和暦及び西暦のどちらの表記でも可能ですが、和暦で記載する場合は必ず元号を記載してください。
- ③現住所
 - ・医療を受けた者の現在の住所を記載してください。

Q 4 ⑥患者負担額について

④ 疾 病 名							
⑤ 医療を受けた日	入院外診療実日数	年月分 日	年月分 日	年月分 日	年月分 日	年月分 日	年月分 日
	入院日数	日	日	日	日	日	日
⑥ 患者負担額	医療費						
	15,000 円						
	内 訳						
特殊医療費分	0 円		医療保険等自己負担額分	15,000 円			

医療費 = 特殊医療費分 + 医療保険等自己負担額分

○ ⑥患者負担額

- ・ 医療を受けた者が医療機関に支払った額を記載し、その内訳として特殊医療費（※次ページ参照）及び医療保険等の自己負担相当額を記載してください。
- ・ 対象となる医療費は、④で記載した疾病について受けた、以下に掲げる医療が対象となります。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ります。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となりません。一方、食事療養費標準負担額は対象となります。

（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）

「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17版 P147」

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（医師の指示で一時的・緊急的が必要があったもの）

- ・ なお、文書代であっても保険適用である「紹介状」については、医療費の対象となります。

○ ⑥患者負担額「特殊医療費分」

- ・特殊医療費分とは、免疫学的諸検査であって医療保険対象外の検査であり、各検査の上限額は以下の通りです。

種類	具体的な内容	上限額
リンパ球(T細胞及びB細胞)サブポピュレーション測定	免疫担当細胞であるT細胞及びB細胞を分離同定するための検査であって、Eロゼットの検査、表面免疫グロブリンの検査及びEACロゼットの検査が含まれる。	10,000円
リンパ球機能検査	細胞性免疫に関与するリンパ球の刺激物質に対する反応性を測定するための検査である。	
リンパ球培養試験	リンパ球の幼若化を起こす物質を添加して培養を行い、リンパ球の機能障害を調べるものであってPHA(Phytohemagglutinin)、PWM(Poke weed mitogen)及びLPS(Lipopolysaccharide)に対する反応が含まれる。	10,000円
マクロファージ遊走阻止試験	感作されたリンパ球が抗原物質の存在下で産生するマクロファージ遊走阻止因子の測定によって細胞性免疫を検査するものである。	10,000円
免疫学的唾液検査	唾液について免疫に関与する因子(特に分泌型IgA)の検査を行うものであり蛋白分画測定、免疫電気泳動検査及び免疫グロブリン測定が含まれる。	10,000円
免疫学的血清検査	体液性免疫に関与する抗体及び補体を産生する細胞の検査である。	
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	既存抗体の検出及び抗原刺激による抗体価の測定によって抗体産生能の障害を調べるものであり、既存抗体として同種血球凝集素価(抗A及び抗B抗体)の測定及びフラゼリンポリマー等の負荷による活動免疫能の検査が含まれる。	15,000円
補体成分測定	免疫反応を強化する各種補体成分C1~C9の定量が含まれる。	25,000円
免疫学的白血球検査	生体の免疫機構において抗原情報の取込みに関与する白血球の機能を調べる検査であって白血球の抗原への遊走能(Chemotaxis Random mobility)貪食能(Phagocytosis)、細胞内殺菌能及びNBT還元検査が含まれる。	15,000円

・予防接種法施行令第十条第一項の医療に要した費用の額の算定方法(昭和52年04月28日厚生省告示第103号)

「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 17版 P147」

Q5 医療を行ったことの証明について

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	

上記のとおり、医療を行ったことを証明します。

令和 5 年 5 月 8 日

医療機関の名称 岐阜県庁病院

所在地 岐阜県岐阜市藪田南2-1-1

開設者の氏名 岐阜 太郎

印

証明日の記載漏れに注意してください

押印

○ 医療を行ったことの証明

- 受診した医療機関の名称、所在地、開設者の氏名、証明日を記載し、開設者印を押下してください。
※医療機関の名称、所在地、開設者の氏名はゴム印も可能です。
- 開設者でなくても、病院の院長や管理者等、証明するに足る立場にある者と考えられる者であれば、その者の氏名を記載しても差し支えありません。
- 証明日の記載漏れがないよう注意してください。