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		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	
	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）

1　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。

2　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。

3　④の欄は、疾病名を記入してください。

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。

5　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。