

【記載例】

様式2-1)

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	札幌 太郎	②性別	男	②生年月日	昭和〇〇年	〇月	〇日
③現住所	札幌市〇〇区〇条〇丁目〇-〇						
④予防接種を受けたことによる疾病の名称	〇〇〇〇〇〇						
⑤医療を受けた日数	入院外診療実日数	3日	2日	日	日	日	日
	入院日数	日	日	5日	日	日	日
⑥患者負担額	医療費						
	特殊医療費分と医療保険等自己負担分の合計額を記載						
	内 訳						
	特殊医療費分	免疫学的諸検査であって医療保険対象外の医療費	円	医療保険等自己負担額分	〇〇,〇〇〇円		
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				
	※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="checkbox"/> 医師等 副反応疑い <input type="checkbox"/> 副反応疑い報告受付サイト <input type="checkbox"/> 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 〇年 〇月 〇日							
医療機関の名称 〇〇病院							
所在地 札幌市〇〇区〇条〇丁目〇-〇							
開設者の氏名 院長 〇〇 〇〇 印							

■「④予防接種を受けたことによる疾病の名称」について

予防接種後に生じた健康被害とみられる疾病の名称を記入してください。
※ 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。

<留意点>

- ・予防接種との因果関係については、国の審議会で判断することとなるため、治療を行った医師が予防接種との因果関係を証明する必要はありません。
- ・したがって、対象者から受診証明書の記載依頼があった場合は、受診証明書の作成に対応いただくよう、ご協力をお願いいたします。
- ・院外薬局等において、受診証明書を作成いただく場合も、疾病名等の記載は必須となります。疾病名等がわからない場合は、処方箋を発行した医療機関等にご確認ください。

■「⑤医療を受けた日数」について

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。

<留意点>

- ・持病等にかかる医療日数は除き、救済申請する疾病等に係る医療日数のみを計上してください。
- ・同日に通院と入院がある場合は、入院1日とカウントしてください。
- ・記入欄が不足する場合は、余白部分に記載いただくか、別紙を作成してください。
※ 別紙を作成する場合は、別紙の余白部分に作成した医療機関・薬局名を記載してください。

■「⑥患者負担額」について

患者が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及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。

<留意点>

- ・持病等に係る医療費は除き、救済申請する疾病等に係る医療費のみを計上してください。
- ・差額ベッド、薬の容器、文書代等の保険適用外のもの除外してください。
※ただし、食事療養費標準負担額は給付の対象となります。