

# 受診証明書の書き方

別紙2-(2)(医療機関・薬局)

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	年 月 分
	入院日数	日	日	日	日	日	日
⑥ 患者負担額	医療費						
	a + b 円						
	内 訳						
特殊医療費分	a 円	医療保険等自己負担額分	b 円				

同日に通院・入院がある場合は、入院1日とカウントする

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

- ・医師が新型コロナワクチン接種との因果関係があると証明する必要はありません。
- ・疾病名としては、「～の疑い」として記載することや、病名がつかないと判断された場合は症状名を記載していただくことも可能ですので、申請者にご相談ください。
- ・診断がついていない場合は、1つと限らず、複数の症状名を記載いただくことも可能です。
- ・薬局にて証明いただく場合も、疾病名の記載は必要です。わからない場合は、処方箋を作成した医師（診療所・病院）に確認してください。

- ・薬局の場合、医療を受けた日数の記載は必須ではありません。
- ・⑤の医療を受けた日数の記載欄が不足する場合、別紙を添付することが可能です。受診日数の欄に「別紙参照」とし、月単位の日数が記載された表を作成ください。
- ・別紙に押印は不要ですが、バラバラになったときにわかるように医療機関名称をご記載ください。（記入例：記載欄が足りず、別紙を添付する場合）

● 受診証明書（1枚目）

⑤ 医療を受けた日数	入院外診療実日数	R5年1月分	R5年2月分	R5年3月分	R5年4月分	R5年5月分	年 月 分
	入院日数	1 日	3 日	1 日	1 日	1 日	別紙参照 日
		5 日	日	日	日	日	日

● 別紙（2枚目）

受診証明書（別紙） ×××医療機関

医療を受けた日数

	R5年6月	R5年7月	R5年8月	R5年9月
入院外診療実日数	2日	2日	1日	2日
入院日数				

(注)

- 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のためのものです。受診された医療機関・薬局各々で記入をお願いします。
- 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。薬局の場合も医師・医療機関等に確認の上ご記入をお願いします。
- 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。薬局の場合は記入不要です。
- 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※1)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(※2)を記入してください。  
(※1)免疫学的諸検査の種類：リンパ球(T細胞及びB細胞)サブポピュレーション測定・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、免疫学的白血病検査  
 (※2)保険適応外の医療費(差額ベッド、薬の容器、被服、文書代等)は対象外、食事療養費標準負担額は対象になります。
- 訂正する場合は、二重線で消して押印(開設者印と同じ印)のうえ、訂正してください。

- ・以下に掲げる医療等が給付の対象となります。
  - 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

**※食事療養費標準負担額**

**※上記以外の差額ベッド、薬の容器、病衣、おむつ代、文書代等の保険適用外の場合は対象外**