

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	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
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		
<p>上記のとおり、医療を行ったことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関の名称</p> <p>所在地</p> <p>開設者の氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>							

(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。