

【医療機関・薬局の方へ】

受診証明書は、予防接種後健康被害救済制度で給付を受けるための大切な書類です。
 作成についてご不明点等ございましたら、八王子市保健所にお問い合わせ願います。
 記載内容に不備がある場合は、修正や再発行を依頼する場合がございます。
 ※「④疾病名」に記載した疾病にかかるもの以外は記入しないでください。

問合せ先：八王子市保健所(新型コロナウイルスワクチン接種調整担当) TEL 042-645-5111(代表)

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	※疑いの段階でも記載可(「〇〇症の疑い」) ※診断がついていない場合は、複数の症状を記載可 ※薬局の場合は、医療機関(医師)に疾病名を確認してください					
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					
	[A]+[B] 円					
	特殊医療費分	[A]	※免疫学的諸検査(別紙)で医療保険対象外のもの			医療保険等自己負担額分
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						保険診療等に相当する医療費で、健康保険等から給付される額を控除した自己負担額(※差額ベッド代、薬の容器代、文書代等の保険適用外のものとは対象になりません。)
医療機関の名称 所在地 開設者の氏名						印

(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。

「開設者の氏名」欄は、病院の院長や管理者等の氏名・押印でも差し支えありません。

特殊医療費分の対象となるもの

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)貧食能(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)