

【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。

問合せ先：八王子市保健所(健康づくり推進課 予防接種担当) TEL 042-645-5102(直通)

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			男 女	② 生年月日	年 月 日	
③ 現 住 所						
④ 申請に係る症状又は疾病 の名称 ※下記(注意)3参照	受診証明書の下にある(注意)3を御確認ください。 ※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					
⑤ 医療を受けた 日	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					
	内 訳					
	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	円	医 療 保 険 等 自 己 負 担 額 分	[B] 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 年 月 日			○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。			医師等 副反 ○副反応疑い報 副反応 報告受		
上記のとおり、申請に係る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			

予防接種後副反応疑い報告に
御協力ください。

「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。

(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、予防接種健康被害救済制度の申請に係る症状又は疾病の名称を記載してください。(申請に関係のない疾病等(検査病名、増悪のない基礎疾患等)は記載しないでください。)
※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。
- 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。
- ⑦予防接種後副反応疑い報告は、予防接種法第12条第1項の規定に基づき、医師等が定期の予防接種又は臨時の予防接種を受けた者が一定の症状を呈していることを知った場合に、厚生労働省に報告しなければならない制度です。