

予防接種健康被害救済制度 受診証明書
記載マニュアル

- 受診証明書は、予防接種健康被害救済制度の「医療費・医療手当」を請求する際に必要な書類の一つです。
- 受診証明書の記載は、患者様を診察・治療した医療機関等において対応いただく必要があります。
- 受診証明書を記載するにあたり発生した費用は、患者様に請求してください。

1 使用する様式

受診証明書の様式は、様式2-(1)、様式2-(2)の2種類あります。様式2-(1)は予防接種健康被害救済制度の医療費・医療手当を申請する際に必要な書類です。様式2-(2)は予防接種健康被害救済制度の認定を受けた後、給付の手続きに必要な書類です。

様式は、厚生労働省のホームページでダウンロードできます。

[厚生労働省ホームページ URL]

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_kenkouhigaikyusai.html

2 記載方法

① 氏 名		男 女	② 生年月日	年 月 日
③ 現 住 所				

- ① 患者様の氏名を記載してください。性別を○で選択してください。
- ② 患者様の生年月日を記載ください。
- ③ 患者様の現住所を記載ください。

ア 様式2-(1)の場合

④ 申請に係る症状又は疾病 の名称 ※下記(注意)3参照	
------------------------------------	--

④ 予防接種後に生じた症状又は疾病の名称を記載してください。病名がつかない場合、「～の疑い」として記載する等、症状を簡潔に記載してください。（複数でも可）

※申請に関係のない疾病等（検査病名、憎悪のない基礎疾患等）は記載しないでください。

※薬局が発行する場合も④の記載は必要です。分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。

イ 様式2-(2)の場合

④ 疾 病 名 ※注意参照	
---------------	--

④ 医療費・医療手当において認定された疾病名を記載してください。

※薬局が発行する場合も④の記載は必要です。分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。

⑤ 医療を受けた日		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

⑤ 疾病について医療を受けた日数を1か月ごとに入院外診療実日数及び入院日数を記載してください。保険や助成金により医療費の請求額がない場合でも医療を受診していれば、日数に計上してください。

※同日に通院・入院がある場合は、入院のみ1日としてください。

※薬局での薬剤購入は日数に計上しないでください。

※1枚に入りきらない場合は別紙（様式任意）に記載してください。

⑥ 患者負担額	医 療 費			(a) 円
	内 訳			
	(a) = (b) + (c) 特 殊 医 療 費 分		(b) 円	医 療 保 険 等 自 己 負 担 額 分

⑥ 患者様が医療機関に支払った額を記載し、その内訳として、特殊医療費分及び医療保険等自己負担額分を記載してください。

対象となる医療費は、④へ記載した疾病について受けた、次に掲げる医療が対象です。ただし、健康保険等の療養に要する費用の額の算定方

法の例による医療に限ります。よって、差額ベッド、薬の容器、文書代の保険適用外のものは対象外です。ただし、食事療養費標準負担額は給付の対象となります。

[対象となる医療]

- ・ 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 ・ 移送

※特殊医療とは、免疫学的諸検査であって医療保険対象外の医療をいいます。各検査の上限額は以下のとおりです。

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population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
-----------	--	-------------

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 ※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。	○副反応疑い報告制度について <input type="button" value="医師等 副反応疑い"/> <input type="button" value="🔍"/> ○副反応疑い報告受付サイト <input type="button" value="副反応 報告受付"/> <input type="button" value="🔍"/>
--------------------------------------	---	--

⑦ 副反応疑い報告を行った日付を記載してください。(様式2-(1)のみ) 報告していない場合は記載不要です。

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

・ 証明日、医療機関の名称、所在地、開設者の氏名を記載し、開設者印を押印してください。

※記入後に修正が必要な場合は、該当箇所を二重線で消し、開設者印を押印してください。

<p>ご不明な点がございましたら、 米子市 健康対策課 (☎0859-23-5451) までお問い合わせください。</p>
