

受診した医療機関に記入を依頼してください。  
医療機関ごとに作成が必要です。

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)

〔 予 防 接 種 健 康  
被 害 認 定 申 請 用 〕

① 氏 名	吹田 花子	男 女	② 生年月日	〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日			
③ 現 住 所	大阪府吹田市〇〇町1-2-3-456						
④ 申請に係る症状又は疾病 の名称 ※下記(注意)3参照	〇〇△△						
⑤ 医療を受けた 日 数	入院外 診療実日数	R4年1月分 日	R4年2月分 2日	R4年3月分 2日	年 月 分 日	年 月 分 日	年 月 分 日
	入院日数	5日	5日	日	日	日	日
⑥ 患者負担額	医 療 費						
	202,500 円						
⑦ 予防接種後副反 応 疑 い 報 告 (予防接種法に基づく)	特 殊 医 療 費 分		円		医療保険 等 自 己 負担額分	202,500 円	
	報告日 令和 〇 年 〇 月 〇 日		〇副反応疑い報告制度について		<input type="text" value="医師等 副反応疑い"/> <input type="button" value="🔍"/>		
※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。		〇副反応疑い報告受付サイト		<input type="text" value="副反応 報告受付"/> <input type="button" value="🔍"/>			
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 〇 年 〇 月 〇 日							
医療機関の名称 〇〇病院							
所在地 大阪府吹田市〇〇町7-8-9							
開設者の氏名 病院長 〇〇 △△							

病院  
長印

(A4)

①氏名、②生年月日

医療を受けた方の氏名、性別、生年月日を記入してください。

③現住所

証明日現在の住所を記入してください。

④疾病名

疾病名を記入してください。医療機関において新型コロナワクチンとの因果関係を判断する必要はありません。

⑤医療を受けた日数

④の疾病について、医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数又は入院外診療（通院）実日数別に記入してください。

- ・同日に通院、入院がある場合 → 入院に1日計上
- ・この請求に係る疾病以外の診療日は含めないでください。

⑥患者負担額

ア 医療費：イとウの合計額を記入してください。

イ 特殊医療費分：免疫学的検査（免疫学的白血球検査等）であって、医療保険対象外の医療費がある場合に記入してください。

ウ 医療保険等自己負担額分：医療機関の窓口で支払った自己負担額（3割等）のことで、保険適用外の差額ベッド代、薬の容器代、文書料等は該当しません。ただし、食事療養費標準負担額は対象です。

なお、乳幼児医療費助成等の助成制度による給付があった場合はその額を除いた額とし、実際に要した費用の額を超えることはできません。