

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。

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	吹田 花子	男 女	② 生年月日	〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日			
② 現 住 所	大阪府吹田市〇〇町1-2-3-456						
④ 疾 病 名	〇〇△△						
⑤ 医 療 を 受 け た 日		R4年1月分	R4年2月分	R4年3月分	R4年4月分	R4年5月分	年 月 分
	入 院 外 診 療 実 日 数	日	2 日	2 日	1 日	1 日	別紙参照
	入 院 日 数	5 日	5 日	日	日	日	日
⑥ 患 者 負 担 額	医 療 費						
	202,500 円						
	内 訳						
	特 殊 医 療 費 分	円	医 療 保 険 等 自 己 負 担 額 分	202,500 円			
上記のとおり、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1-2-3 開設者の氏名 病院長 〇〇 △△ 印							

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。医療機関においてワクチンとの因果関係を判断する必要はありません。（薬局が証明していただく場合も、疾病名の記載は必要です。処方箋を作成した医療機関が記載する疾病名と、同様の疾病名を記載してください。）

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。（薬局が証明する場合は、⑤の記入を省略していただけます。）

- ・同日に通院、入院がある場合 → 入院として1日計上します。
- ・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。
- ・医療を受けた日数が長期にわたり記入欄が不足する場合は、別紙を添付することも可能です。

医療を受けた日数の欄に「別紙参照」と記入していただき、月単位の日数が記載された表を作成してください。（別紙を作成する場合は、「対象となる方の氏名」「医療機関等の名称」「医療を受けた年月」「医療を受けた日数（入院外診療実日数、又は入院日数）」等がわかるように記載してください。）

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。