

【受診証明書(別紙2—(2))の記入例・記入時留意点】

別紙2—(2)

申請時点で実際に居住している住所を記入してください。

受 診 証 明 書

予 防 接 種 健 康 被 害 認 定 申 請 用

① 氏 名	中央 太郎	男 女	② 生 年 月 日	昭和〇〇年 〇月 〇日
③ 現 住 所	東京都中央区明石町〇—〇			
④ 疾 病 名	心筋炎			
⑤ 医 療 を 受 け た 日 数	入 院 外 診 療 実 日 数	令和5年 4月分 3日	令和5年 5月分 日	年 月 分 年 月 分 年 月 分 年 月 分
	入 院 日 数	日	1日	
⑥ 患 者 負 担 額		医 療 費		
		[A+B] 60,000円		
		内 訳		
特 殊 医 療 費 分		[A] 10,000円	医 療 保 険 等 自 己 負 担 額 分	[B] 50,000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				
所在地 ○○○○				
開設者の氏名 ○○○				
印				

予防接種後に生じた疾病名を記入してください。診断名(疾病名)としては、「～の疑い」として記載することや、病名がつかないと判断された場合は症状名を記載していただくことも可能です。

・同日に通院・入院した場合は、入院のみ1日と数えてください。
・記載欄が不足する場合は、別紙を作成し、当該疾病の通院・入院日数のみを記載してください。

特殊医療費分(免疫学的諸検査であって医療保険対象外の医療)と医療保険等自己負担額分の合計を記載してください。

保険適用の医療に要した費用から健康保険等による給付の額を除いた自己負担額分を記載してください。
※入院時食事療養費標準負担がある場合は、例外として対象となりますので含めた金額で記入してください。
※差額ベッド、薬の容器、文書代等の保険適用外のもの是对象外です。

医療機関の開設者以外に、病院の院長などの証明するに足りる立場にある者の証明でも構いません

(A4)

組織印ではなく、代表者印の押印をお願いします。

(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。