

予防接種健康被害救済制度  
新型コロナウイルス

受診証明書記載マニュアル

「医療機関用」

令和5年7月14日発行  
令和6年3月25日更新

## 予防接種健康被害救済制度の申請に必要な「受診証明書」について

予防接種は、感染症を予防するために重要なものですが、極めてまれであるものの、健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が起こることがあります。このため、予防接種による健康被害と認定された者に対する救済制度が設けられています。

今回、この健康被害救済制度において必要となる「受診証明書」の記載方法について説明する「受診証明書記載マニュアル」を作成しました。医療機関及び薬局等において、当該マニュアルをご確認いただき、スムーズな受診証明書の発行に繋げていただければと考えています。

健康被害救済制度を利用される県民の方が、より迅速に救済を受けることができるよう、引き続き、ご協力をお願いいたします。

なお、「受診証明書」とは、疾病について治療したことを証明するものであり、医師が疾病とワクチン接種に因果関係があると証明している必要はないことを申し添えます。

|                        |   |
|------------------------|---|
| 目次                     | 1 |
| Q 1 受診証明書で使用する様式について   | 2 |
| Q 2 ①氏名、②生年月日、③現住所について | 4 |
| Q 3 ④疾病名、⑤医療を受けた日数について | 5 |
| Q 4 ⑥患者負担額について         | 6 |
| Q 5 医療を行ったことの証明について    | 8 |

## Q 1 受診証明書で使用する様式について

○ 受診証明書の様式は別紙2-(1)、別紙2-(2)の2種類です。

### ■別紙2-(1)

健康被害が予防接種によるものと認定された後に、追加で発生した医療費を請求する際に使用する様式です。

### ■別紙2-(2)

これから認定を受けるための申請を行う際に使用する様式です。

### 別紙2-(1)「認定後申請用」

認定後、追加で認定疾病に対する医療費を請求する場合は、こちらの様式を使用します。

別紙2-(1)

受 診 証 明 書

|                      |               |        |                     |     |     |     |
|----------------------|---------------|--------|---------------------|-----|-----|-----|
| ① 氏 名                |               | 男<br>女 | ② 生年月日              | 年   | 月   | 日   |
| ③ 現 住 所              |               |        |                     |     |     |     |
| ④ 予防接種を受けたことによる疾病の名称 |               |        |                     |     |     |     |
| ⑤ 医療を受けた日数           | 入院外<br>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              | 予 防 接 種 医 療 費 |        |                     |     |     |     |
|                      | 円             |        |                     |     |     |     |
|                      | 内 訳           |        |                     |     |     |     |
|                      | 特殊医<br>療費分    | 円      | 医療保険<br>等自己<br>負担額分 | 円   |     |     |

上記のとおり、予防接種を受けたことによる疾病について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

(A4)

(注 意)

- 1 予防接種被害者健康手帳により、認定疾病名を確認のうえ記入してください。  
なお、認定疾病が原因となって併発した疾病についても証明してください。
- 2 ①～③の欄は、予防接種を受けたことによる疾病(認定疾病が原因となって併発した疾病を含む。以下同じ。)について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。
- 3 ④の欄は、予防接種を受けたことによる疾病名を記入してください。
- 4 ⑤の欄は、予防接種を受けたことによる疾病について、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。
- 5 ⑥の予防接種医療費の欄は、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。

別紙2－(2)「認定申請用」

これから認定を受けるために  
申請する場合は、こちらの  
様式を使用します。

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       |          | 男女  | ②生年月日       | 年   | 月   | 日   |
| ③現住所      |          |     |             |     |     |     |
| ④疾病名      |          |     |             |     |     |     |
| ⑤医療を受けた日数 | 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      |     |             |     |     |     |
|           | 円        |     |             |     |     |     |
|           | 内 訳      |     |             |     |     |     |
|           | 特殊医療費分   | 円   | 医療保険等自己負担額分 | 円   |     |     |

上記のとおり、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

(A4)

(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。

「予防接種健康被害認定申請用」と記載があるのが別紙2－(2)です

様式ダウンロード先 (厚生労働省ホームページ)

「予防接種健康被害救済制度について」－様式

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine\\_kenkouhigaikyusai.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_kenkouhigaikyusai.html)

Q 2 ①氏名、②生年月日、③現住所について

別紙2-(2)

性別の記入漏れに注意してください

受 診 証 明 書

〔 予 防 接 種 健 康  
被 害 認 定 申 請 用 〕

|                         |                    |            |            |                |            |            |  |
|-------------------------|--------------------|------------|------------|----------------|------------|------------|--|
| ①<br>氏 名                | 岐阜 太郎              | 男<br>女     | ②<br>生年月日  | 1975 年 6 月 1 日 |            |            |  |
| ③<br>現 住 所              | 岐阜県岐阜市藪田南2-1-1     |            |            |                |            |            |  |
| ④<br>疾 病 名              |                    |            |            |                |            |            |  |
| ⑤<br>医 療 を 受 け た 日<br>数 | 入 院 外<br>診 療 実 日 数 | 年 月 分<br>日 | 年 月 分<br>日 | 年 月 分<br>日     | 年 月 分<br>日 | 年 月 分<br>日 |  |
|                         | 入 院 日 数            | 日          | 日          | 日              | 日          | 日          |  |

- ①氏名
  - ・ 医療を受けた方の氏名を記入し、性別を「○」で囲みます。
- ②生年月日
  - ・ 医療を受けた方の生年月日を記入します。
  - ・ 和暦及び西暦のどちらの表記でも可能ですが、和暦で記入する場合は必ず元号を記入してください。
- ③現住所
  - ・ 医療を受けた方の現在の住所を記入します。

Q 3 ④疾病名、⑤医療を受けた日数について

| ④ 疾 病 名    |          | 心筋炎          |              |          |          |          |          |
|------------|----------|--------------|--------------|----------|----------|----------|----------|
| ⑤ 医療を受けた日数 | 入院外診療実日数 | R5年3月分<br>1日 | R5年4月分<br>3日 | 年月分<br>日 | 年月分<br>日 | 年月分<br>日 | 年月分<br>日 |
|            | 入院日数     | 6日           | 日            | 日        | 日        | 日        | 日        |
|            |          |              |              |          |          |          |          |

疾病名は必ず記入します

④疾病名については、その疾病について治療したことを証明するものであり、医師が疾病と新型コロナワクチン接種に因果関係があると証明している必要はありません。

○ ④疾病名

- ・治療を行った疾病名を記入します。
- ・病名がつかない場合、「～疑い」として記入することや、症状名（複数でも可）を記入することも可能です。
- ・薬局が証明する場合も疾病名の記入は必要となるため、不明な場合は処方箋を作成した医師（病院）に確認してください。

○ ⑤医療を受けた日数

- ・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に記入します。
- ・保険や各種助成金により医療費が発生しない場合でも、医療を受けていれば医療手当の支給対象となるため、日数に計上します。
- ・同日に通院・入院がある場合は入院のみ1日として計上します。
- ・次の場合は医療手当の支給対象外です。日数の計上はできません。
  - 薬局での処方箋のない単なる薬剤購入
  - 受診証明書、診療録等の書類の取得のためだけの受診
- ・長期にわたって受診している等欄内に書ききれない場合は、欄外に記入するか、別紙（様式はありませんが、医療機関名を記入してください）に記入し、添付することもできます。

Q 4 ⑥患者負担額について

|                |          |                          |          |
|----------------|----------|--------------------------|----------|
| ⑥<br>患者負担額     | 医 療 費    |                          |          |
|                | 15,000 円 |                          |          |
|                | 内 訳      |                          |          |
| 特 殊 医<br>療 費 分 | 0 円      | 医療保険<br>等 自 己<br>負 担 額 分 | 15,000 円 |

医療費＝特殊医療費分＋医療保険等自己負担額分

○ ⑥患者負担額

- ・医療を受けた方が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（※次ページ参照）及び医療保険等の自己負担相当額を記入します。
- ・対象となる医療費は、④の欄で記入した疾病について受けた、以下の表に掲げる医療が対象となりますが、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、文書代等の保険適用外のものは対象となりません。ただし、食事療養費標準負担額は対象となります。（平成6年9月9日健医発第1023号「健康保険法等の一部を改正する法律等の施行等について」の取扱いのとおり）
- ・なお、文書代であっても保険適用である「紹介状」については、医療費の対象となります。

|                               |
|-------------------------------|
| 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（医師の指示で一時的・緊急的が必要があったもの）    |

「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する手引き 2.1 版 P.144」

【参考】⑥患者負担額「特殊医療費分」について

- ・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通りです。

| 種類                           | 具体的な内容  | 上限額     |
|------------------------------|---|---------|
| リンパ球(T細胞及びB細胞)サブポピュレーション測定   | 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。  | 10,000円 |
| 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。 |         |
| 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。   |         |
| 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。  | 15,000円 |
| 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。                        |         |
| 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。   |         |
| 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)貪食能(Phagocytosis)、細胞内殺菌能及びNBT還元検査が含まれる。          | 15,000円 |

- ・予防接種法施行令第十条第一項の医療に要した費用の額の算定方法(昭和52年04月28日厚生省告示第103号)

「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する手引き 2.1版 P.145～146」

## Q5 医療を行ったことの証明について

| ⑥<br>患者負担額             | 医療費 |             |   |   |
|------------------------|-----|-------------|---|---|
|                        | 円   |             |   |   |
|                        | 内 訳 |             |   |   |
| 特殊医療費分                 | 円   | 医療保険等自己負担額分 | 円 |   |
| 上記のとおり、医療を行ったことを証明します。 |     |             |   |   |
| 令和 5 年 5 月 8 日         |     |             |   |   |
| 医療機関の名称 岐阜県庁病院         |     |             |   |   |
| 所在地 岐阜県岐阜市藪田南2-1-1     |     |             |   |   |
| 開設者の氏名 岐阜 太郎           |     |             |   |   |
|                        |     |             |   | 印 |

証明日の記入漏れに注意してください

押印

### ○ 医療を行ったことの証明

- 医療機関の名称、所在地、開設者の氏名、証明日を記入し、開設者印を押印します。
- ※医療機関の名称、所在地、開設者の氏名はゴム印も可能です。
- 開設者でなくても、病院の院長や管理者等、証明するに足る立場にある者と考えられる者であれば、その者の氏名を記入しても差し支えありません。
- 証明日の記入漏れがないよう注意してください。