

つくば市

健康被害救済制度における

「受診証明書」の記載マニュアル

(医療機関 及び 薬局等 向け)

2025年3月

令和7年(2025年)3月1日現在

つくば市

受診証明書の書き方について（目次）

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)

①氏 名		男 女	②生年月日		年
③現 住 所					
④申請に係る症状又は疾病の名称	※下記(注意)3参照				
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
	入院日数	日	日	日	日
⑥患者負担額	医 療 費				
	内 訳				
	特 殊 医 療 費 分	円	医療保険等自己負担額分		
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 医師等 副 ○副反				

受診証明書について
----- 3～5

「④ 疾病名」について
----- 6～7

「⑤ 医療を受けた日数」について
----- 8～10

「⑥ 患者負担額」について
----- 11～13

「⑦ 予防接種後副反応疑い報告」について
----- 14

受診証明書について ～ 位置づけ～

受診証明書・診断書・診療録

申請者から医療機関や薬局等に依頼があると思いますので、ご対応いただく必要があります。

請求に必要な書類	医療費 医療手当	障害児 養育年金	障害年金	死亡一時金 遺族年金 遺族一時金	葬祭料
請求書	●	●	●	●	●
受診証明書	●				
領収書等	●				
診断書		●	●		
死亡診断書、死体検案書等				●	●
埋葬許可証等					●
接種済証、母子健康手帳等	●	●	●	●	●
診療録等	●	●	●	●	●
住民票		●		●	
戸籍謄本、保険証等		●		●	●



厚生労働省リーフレットから抜粋しています。全体版は二次元コードからご確認願います。

受診証明書について

予防疫種健康被害救済制度

<記入例> 受 診 証 明 書

(医療費・医療手当請求用)

①氏名	つば 太郎	男	②生年月日	1999年	1月	1日
②現住所	つば市研究学園1-1-1					
④申請に係る症状又は疾病の名称	心筋炎					
⑤医療を受けた日	入院外診療実日数	R7年1月分	R7年2月分	R7年3月分	R7年4月分	R7年5月分
	入院日数	1日	5日	3日	2日	5日
		3日				
⑥患者負担額	医療費					
	5500 円					
	内 訳					
	特殊医療費分	0 円		医療保険等自己負担額分	5500 円	
⑦予防疫種後副反応疑い報告	報告日 令和 7年 7月 7日					
(予防疫種法に基づく)	※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。					
	〇副反応疑い報告制度について					
	医師等 副反応疑い					
	〇副反応疑い報告受付サイト					
	副反応 報告受付					
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 7年 7月 7日						
医療機関の名称 つば花子病院						
所在地 つば市研究学園〇丁目〇番						
開設者の氏名 つば 花子 印						

(注 意)

1 この受診証明書は、厚生労働大臣への予防疫種健康被害認定申請手続きのためのものです。

2 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。

3 ④の欄は、予防疫種健康被害救済制度の申請に係る症状又は疾病の名称を記載してください。(申請に係る疾病等(検査病名、増悪のない基礎疾患等)は記載しなくても構いません。)

※適当な名称がない場合には、症状を簡潔に記入してください。

4 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。

5 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(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。

6 ⑦予防疫種後副反応疑い報告は、予防疫種法第12条第1項の規定に基づき、医師等が定期的予防疫種又は臨時予防疫種を受けた者が一定の症状を呈していることを知った場合に、厚生労働省に報告しなければならない制度です。

受診証明書は厚生労働大臣への予防疫種健康被害救済制度請求(医療費・医療手当請求)のため医療機関、薬局に証明いただくものです。

※ 様式は、厚生労働省ホームページから直接ダウンロードすることも可能です。
『予防疫種健康被害救済制度について』>様式



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。

開設者の氏名欄は、病院の院長や管理者等の記載・捺印で代用できます。

受診証明書について ～ 2つの様式 ～

初回申請時使用：様式2－（1）

手帳交付の方で
2回目以降申請時使用：様式2－（2）

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)

①氏名	男 女	②生年月日	年	月	日
③現住所					
④申請に係る症状又は疾病の名称 以下記(注意)3参照					
⑤医療を受けた日	入院外診療実日数	年 月 分	年 月 分	年 月 分	年 月 分
	入院日数	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					
⑦予防接種後副反応疑い報告 (予防接種法に基づき)					
報告日 令和 年 月 日					
○副反応疑い報告制度について					
医師等 副反応疑い					
○副反応疑い報告受付サイト					
副反応 報告受付					
※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。					
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					

(A4)

様式2－（2）

予防接種健康被害救済制度
受診証明書
(医療費・医療手当認定後請求用)

①氏名	男 女	②生年月日	年	月	日
③現住所					
④疾 病 名 以下注意参照					
⑤医療を受けた日	入院外診療実日数	年 月 分	年 月 分	年 月 分	年 月 分
	入院日数	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)

1 予防接種被害者健康手帳により、認定された疾病名を確認のうえ記入してください。
なお、認定された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、認定された疾病(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、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。

4 ⑤の欄は、認定された疾病について、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つて、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。

「④ 疾病名」について（その1：初回申請）

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)

疾病名を記載してください。

④ 申請に係る症状又は疾病 の名称 ※下記(注意)3参照		例) 心 筋 炎					
⑤ 医療を受けた	入院	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分
	外来	日	日	日	日	日	日

- 医師が予防接種との因果関係があると証明している必要はありません。
- 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ので、申請者にご相談ください。
- 診断がついていない場合は、1つと限らず、複数の症状名を記載いただくことも可能です。
- 薬局にて証明していただく場合も、疾病名の記載は必要です。わからない場合は、処方箋を作成した医師（診療所・病院）に確認してください。

「④ 疾病名」について（その2：手帳交付の方で2回目以降申請）

様式2-（2）

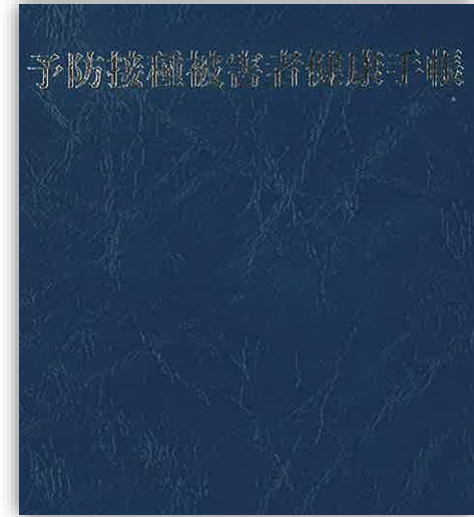
< 予防接種被害者健康手帳表紙 >

予防接種健康被害救済制度
受診証明書
(医療費・医療手当認定後請求用)

④	疾病名 ※注意参照	例) 心筋炎					
⑤		年 月 分	年 月 分	年 月 分	年 月 分	年 月 分	年 月 分
		日					

予防接種被害者健康手帳の認定疾病名を確認のうえ、
記載してください。

- 認定疾病に対する受診であると判断される場合は、給付の対象です。
- 認定疾病が原因となって併発した疾病に対する受診であると判断される場合も、給付の対象です。



医療費該当証明書	医療機関の方へ
氏 名 年 月 日生(男・女) 認定疾病名 例) 心筋炎 上記の者及び認定疾病名は、予防接種法第16条第1項第1号又は第2項第1号に定める医療費の支給の対象者及びその認定疾病名であることを証明します。 令和 年 月 日 市町村長 印	この手帳を提示された方は、予防接種法の規定に基づき左記の証明書に記載の疾病について認定を受けています。 この方から認定疾病について貴医療機関が行った医療の日数及び医療費に關し所定の受診証明書の作成依頼がありましたら、必要事項を記入のうえ、その方にお渡し下さい この受診証明書は、受診者が予防接種法に基づき医療費及び医療手当の給付を市町村長に請求する際に必要となる書類です。 よろしく御協力をお願いします。

「⑤ 医療を受けた日数」について

⑤ <記入例> 医療を受けた日		R7年1月分	R7年2月分	R7年3月分	R7年4月分	R7年5月分	R7年6月分
	入院外診療実日数	1 日	5 日	3 日	2 日	5 日	1 日
	入院日数	3 日	日	日	日	日	日
		医療費					

- 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別に記入してください。
- 同日に通院・入院がある場合は、入院1日とカウントします。
- 医療を受けた日数には検査のみの日も含みます。
- 薬局での薬剤購入は日数には計上しません。
- この請求にかかる病気以外の疾病の診療日は含めないでください。

「⑤ 医療を受けた日数」について ～ 記入欄が不足する場合 ～

1枚でおさまる場合

⑤ 医療を受けた 日	入院外 診療実日数	R7年1月分	R7年2月分	R7年3月分	R7年4月分	R7年5月分	R7年6月分	R7年7月分
		1 日	5 日	3 日	2 日	5 日	1 日	5 日
	入院日数	3 日	日					
医療費								

記入欄を追加してください

1枚でおさまらない場合

⑤ 医療を受けた 日	入院外 診療実日数	R7年1月分	R7年2月分	R7年6月分
		1 日	5 日	別紙 参照 日
	入院日数	3 日	日	日



受診証明書（別紙） ○○○医療機関	
医療を受けた年月	入院外診療実日数
R7年6月分	2 日
R7年7月分	3 日

- 受診日数の欄に「別紙参照」とし、月単位の日数が記入された表を任意で作成ください。
- 別紙をつける場合には、別紙にも医療機関名をご記入ください。

給付内容

- 医療費の支給を受けている方に対し、入院・通院等に必要な諸経費として月単位で支給するものです。
- 健康保険や公費助成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請求することができます。

給付額

予防接種法施行令第11条に定められている額であって、
下表の日数によって異なります。
なお、この額は変更されることがあり、
給付は**通院・入院した日の属する年月の額**であることをご注意ください。

(1か月の間に) 通院	3日未満の場合	36,900 円
	3日以上の場合	38,900 円
入院	8日未満の場合	36,900 円
	8日以上の場合	38,900 円
入院と通院がある場合	日数にかかわらず	38,900 円

※ 給付額は厚生労働省ホームページを
ご参照ください
『予防接種健康被害救済制度について』> 給付額



(2024年4月改訂)

厚生労働省「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医療機関向け手引き(17版)p108を改変

「⑥ 患者負担額」について

⑥ <記入例> 患者負担額	医 療 費			
				① 5,500 円
	内 訳			※ ① = ② + ③
	特 殊 医 療 費 分	② 0 円	医 療 保 険 等 自 己 負 担 額 分	③ 5,500 円

- 医療を受けた方が医療機関に支払った額（①）を記入してください。
- その内訳として特殊医療分（免疫学的諸検査（13ページ参照）であって、医療保険対象外）（②）及び医療保険等の自己負担相当額（③）を記入してください。
- 医療保険等自己負担額分とは、保険診療に相当する医療で、健康保険等から給付される額を控除した自己負担分（医療機関の窓口で支払う3割負担等）のことです。

「⑥ 患者負担額」について～ 対象となる医療費 ～

01 診療

02 移送

03 薬剤又は治療材料の支給

04 医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術

05 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

06 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

- ・ 予防接種を受けたことによる疾病について受けた、以上に掲げる医療が対象になります。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、文書代等の保険適用外のもの是对象外となります。ただし、**食事療養費標準負担額は給付の対象**となります。

（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」の取り扱いのとおり）

- ・ なお、給付を受けることができる疾病名・期間等は認定を受けたものに限るため、それらに変更や追加があるときは、申請者は改めて認定を受ける必要があります。

厚生労働省「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医療機関向け手引き(17版)p107より抜粋

「⑥ 患者負担額」について ～ 特殊医療費分とは ～

特殊医療費分とは免疫学低所検査であって、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。	
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)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

厚生労働省「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医療機関向け手引き(17版)p107,108より抜粋

「⑦ 予防接種後副反応疑い報告（予防接種法に基づく）」について

<記入例> 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 7 年 7 月 7 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 医師等 副反応疑い  ○副反応疑い報告受付サイト 副反応 報告受付 
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		

予防接種後副反応疑い報告は、予防接種法第12条第1項の規定に基づき、医師等が定期の予防接種又は臨時の予防接種（定期の予防接種等）を受けた者が一定の症状を呈していることを知った場合に、厚生労働省に報告しなければならない制度です。

※詳細は以下をご確認ください。

【厚生労働省】

予防接種法に基づく医師等の
報告のお願い



【独立行政法人 医薬品医療機器総合機構】

予防接種法に基づく医師等の
報告のお願い



- 『予防接種健康被害救済制度について』
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_kenkouhigaikyusai.html



- リーフレット『予防接種後健康被害救済制度について』
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000912784.pdf>



- 「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医療機関向け
手引き（17版）」



健康被害救済制度を利用されるつくば市民の方が、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。