

予防接種健康被害救済制度提出書類チェックリスト
【医療費・医療手当】

提出書類	様式内の丸番号	主なチェック項目	チェック																																		
医療費・医療手当 請求書 【様式1】	②	請求者本人(医療を受けた方が亡くなった場合は、その亡くなった方)の氏名が記入されていますか。																																			
	④	請求日時点の現住所(実際に居住しているところ)が記入されていますか。																																			
	⑤	続柄欄には医療を受けた方から見た世帯主の続柄が記入されていますか。																																			
	⑥	接種したワクチンの「種類」、「定期(第〇期 第〇回)／定期外／臨時」が記入されていますか。 ((【例】「新型コロナワクチン、臨時」「ジフテリア、定期(第1期 第1回)」)																																			
	⑦	健康被害の原因となった予防接種を受けた年月日が記入されていますか。																																			
	⑧	予防接種を受けた当時の住民票所住地の市町村長の名称が記入されていますか。((【例】〇〇市長)																																			
	⑨	具体的な名称が記入されていますか。 【例】岐阜県保健センターで接種した場合 → ○「岐阜県保健センター」 ×「保健センター」																																			
	⑩	健康被害の原因となった予防接種を受けた当時の住民票上の住所が記入されていますか。																																			
	⑬	医療費・医療手当を請求する分すべての医療機関名(薬局も含む)が記入されていますか。																																			
	⑭	受診証明書(薬局を除く)の「⑤医療を受けた日数」に記載された日数の合計が記入されていますか。 ※通院・入院日数の欄が足りない場合は、別紙(様式は自由)に記入し、添付することも可。 ※同日に複数の医療機関を受診した場合は1日として計上し、同日に通院・入院がある場合は入院のみ1日として計上。																																			
	⑯	各医療機関の受診証明書に記載されている「⑥患者負担額」の合計額が記入されていますか。																																			
	⑯	差額ベッド、薬の容器、文書代等の保険適用外の費用を除いた額が記入されていますか。 ※保険適用となる費用や食事療養費標準負担額が給付の対象となります。																																			
	⑯	「予防接種医療費」＝「特殊医療費分」＋「医療保険等自己負担額分」となっていますか。																																			
	⑰	医療手当請求額は下表の月額で計上していますか。 R6.3.31までの医療手当の月額 (単位:円)<table><tr><th colspan="2"></th><th>令和3年度</th><th>令和4年度</th><th>令和5年度</th><th>令和6年度</th></tr><tr><td rowspan="2">通院</td><td>月3日未満</td><td>35,000</td><td>34,900</td><td>35,800</td><td>36,900</td></tr><tr><td>月3日以上</td><td>37,000</td><td>36,900</td><td>37,800</td><td>38,900</td></tr><tr><td rowspan="2">入院</td><td>月8日未満</td><td>35,000</td><td>34,900</td><td>35,800</td><td>36,900</td></tr><tr><td>月8日以上</td><td>37,000</td><td>36,900</td><td>37,800</td><td>38,900</td></tr><tr><td colspan="2">同一月の入通院</td><td>37,000</td><td>36,900</td><td>37,800</td><td>38,900</td></tr></table>			令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	通院	月3日未満	35,000	34,900	35,800	36,900	月3日以上	37,000	36,900	37,800	38,900	入院	月8日未満	35,000	34,900	35,800	36,900	月8日以上	37,000	36,900	37,800	38,900	同一月の入通院		37,000	36,900	37,800	38,900	
			令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度																															
	通院	月3日未満	35,000	34,900	35,800	36,900																															
		月3日以上	37,000	36,900	37,800	38,900																															
入院	月8日未満	35,000	34,900	35,800	36,900																																
	月8日以上	37,000	36,900	37,800	38,900																																
同一月の入通院		37,000	36,900	37,800	38,900																																
請求者氏名	医療を受けた方が未成年の場合でも本人の氏名が記入されていますか。																																				
請求者氏名	医療を受けた方が亡くなった場合は、請求する方の氏名が記入されていますか。																																				
受診証明書 【別紙2－(1)】	医療機関又は薬局等へ作成を依頼してください。																																				
領収書等	医療費・医療手当を請求する分すべての医療に要した費用の額及び日数が証明できる領収書等の写し																																				
接種済証又は 母子健康手帳	受けた予防接種の種類と、接種した年月日が証明できる接種済証又は母子健康手帳の写し																																				
診療録等 ^(注)	ワクチンを接種したことにより発病した疾病の発病年月日と、その症状を証明する医師の作成した診療録(サマリー、検査結果報告、写真等を含む)の写し																																				

(注)「予防接種後4時間以内に発症」かつ「接種日を含め7日以内に治癒・終診(初診日～終診日が7日以内)」したアナフィラキシー等の即時型アレルギー反応(ただし、症状が接種前から継続している場合や、ワクチン接種以外の原因によると記載医が判断した場合は診療録等の写しが必要です。)に係る請求に限り、医療機関で様式3(※)の記載を受けて提出すれば、診療録等は不要になります。
(※)様式3「予防接種後のアナフィラキシー等の即時型アレルギー反応症例概要」