

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

予防接種の副反応による健康被害は、極めて稀ですが、不可避免的に生ずるものであるため、救済制度が設けられています。この救済制度の申請には医療機関・薬局で作成された「受診証明書」が必要となりますので、記入例をご確認いただき、受診証明書を発行くださいますようお願いいたします。

記入例

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)

様式2-1

別紙 2-1(医療費・医療手当請求用)を使用してください。

性別の記入漏れに注意してください。

患者が請求しようとする症状について、疾病名を記入します。
※「～疑い」といった記入や、症状名(複数でも可)の記入も可。
※薬局が作成する場合は、医療機関(医師)に疾病名を確認のうえ、記入してください。

④「疾病名」欄の疾病に係る医療を受けた日数を記入します。
※同日に通院・入院がある場合は入院のみ1日として計上。
※受診証明書、診療録等の書類の取得のためだけの受診は対象外。
※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。

【B】医療保険等自己負担額分

④「疾病名」欄の疾病に係る保険診療に相当する医療費で、健康保険等から給付される額を控除した自己負担額を記入します。
※差額ベッド、薬の容器、文書代等の保険適用外の場合は対象外。
※食事療養費標準負担額は対象。

【参考】対象となる医療

- ・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

①氏名	岐阜 太郎		男	生年月日	1975年 6月 1日			
③現住所	岐阜県岐阜市藪田南〇一△							
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	入院日数	1日	3日	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分
⑥患者負担額	医療費	【A】+【B】の合計額 15,000円						
⑦予防接種後副反応疑い報告	特殊医療費分	【A】 0円	医療保険等自己負担額分	【B】 15,000円				
⑧報告を行った場合のみ記入します。	報告日	令和 年 月 日		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				
⑨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 6年 5月 8日	医療機関の名称 岐阜県庁病院 所在地 岐阜県藪田南 2-1-1 開設者の氏名 藪田 太郎						

※裏面(1)参照

報告を行った場合のみ記入します。
※裏面(2)参照

日付の記入漏れに注意してください。

病院の院長や管理者等でも可

- (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、予防接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。(申請に関係のない疾病等(検査病名、増悪のない基礎疾患等)は記載しないでください。)
※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。
 - 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(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。
 - ⑦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、医師等が定期的予防接種又は臨時の予防接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。

この受診証明書は、患者が申請しようとする疾病や症状について医療を行っ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ありません。

(1)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。	
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

・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)

※出典:「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21版(厚生労働省)」

(2)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

医師等が、定期または臨時の予防接種を受けた者が、予防接種法施行規則第5条に規定する症状を呈していることを知った時は、その旨を厚生労働大臣に報告することが義務づけられています。診断した疾病が副反応疑い報告の基準に該当する場合は、速やかに医薬品医療機器総合機構(PMDA)へ以下から報告してください。

報告を行った場合は、報告年月日を記載してください。

副反応の疑いがない場合は記載せず、空欄のまま構いません。

なお、新型コロナワクチン予防接種による副反応は発症までの期間や症状が様々であり、**幅広く評価を行うために報告を検討してください。**

・電子報告システム(報告受付サイト):<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>

・入力アプリ(国立感染症研究所感染症疫学センターウェブサイトからダウンロード)

:<https://www.niid.go.jp/niid/ja/vaccine-j/6366-vaers-app.html>

・FAX((独)医薬品医療機器総合機構安全性情報・企画管理部情報管理課):0120-176-146