

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)

記載例

医療機関・薬局確認用

① 氏名	鹿児島 太郎	② 性別	男	② 生年月日	2000 年 1 月 1 日
③ 現住所	鹿児島市〇〇町〇〇				
④ 申請に係る症状又は疾病の名称 ※下記(注意)3参照	〇〇〇病、〇〇〇症、〇〇〇の増悪、〇〇〇の疑い				
⑤ 医療を受けた日数	入院外診療実日数	R5年4月分 2日	R5年5月分 3日	R5年6月分 4日	年 日 日
	入院日数	日	10日	日	日 日 日
⑥ 患者負担額	医療費				
	123,456円				
	内 訳				
特殊医療費分	裏面に該当ある場合金額を記入	0円	医療保険等自己負担額分	保険適用額 + 食事療養費負担額	0円
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 報告している場合は記入	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 6 年 4 月 1 日 医療機関の名称 〇〇病院 座版で可 所在地 鹿児島市山下町〇番〇号 開設者の氏名 院長 〇〇 〇〇					

複数の疾病名を記載可
病名が見つからない場合は
症状名を記載することも可

裏面に該当ある場合
金額を記入

保険適用額
+
食事療養費負担額

開設者の他、院長、理事長名義でも可

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
- ④の欄は、予防接種健康被害救済制度の申請に係る症状等のない疾病等(検査病名、増悪のない基礎疾患等)は記載
※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
- ⑥の医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その
- ⑦予防接種後副反応疑い報告は、予防接種法第12条第1

院長(理事長)印 医療機関印 + 代表者個人印

※個人印のみは不可

特殊医療該当・上限額表

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(Pokeweed 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