

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   | 仙北 太郎           | ②性別   | 男           | ③生年月日   | 昭和〇〇年 〇月 〇日 |        |       |
| ④申請に係る症状又は疾病の名称 ※下記(注意)3参照  | 心筋炎             | 予防接種後に生じた疾病名や症状を記入してください。病名がつかない場合、「～疑い」として記載することや、症状名(複数でも可)を記載することも可能です。薬局が証明する場合も疾病名の記載は必要となるため、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  | 入院外診療実日数        | R4年10月分   | R4年11月分     | R4年12月分 | R5年1月分      | R5年2月分 | 年 月 分 |
|   | 入院日数            | 3日  | 2日          | 2日      | 2日          | 1日     | 日     |
| 医療費   |                 | (1)+(2) 60,000円   |             |         |             |        |       |
| ⑥患者負担額  | 内 訳             |   |             |         |             |        |       |
| 特殊医療費分  | (1) 10,000円     | 医療保険等自己負担額分   | (2) 50,000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 〇年 〇月 〇日 | ○副反応疑い報告制度について<br>医師等 副反応疑い <input type="text"/><br>○副反応疑い報告受付サイト<br>副反応 報告受付 <input type="text"/>                                |             |         |             |        |       |
| 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。<br>令和 〇年 〇月 〇日<br>医療機関の名称 〇〇医院<br>所在地 仙北市角館町〇〇◇番地<br>開設者の氏名 〇〇 〇〇 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span> |                 |   |             |         |             |        |       |

保険や助成金等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手当の支給対象となるため、日数に計上してください。同日に通院・入院した場合は入院のみ1日と数えてください。

次ページに該当する医療を行った場合、その費用をご記入ください。

## (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(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。
- 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、医師等が定期の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。

(A4)

特殊医療の種類、具体的な内容、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 |