

予防接種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

○ 予防接種は、感染症を予防するために重要なものですが、極めてまれであるものの、健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が起こることがあります。

このため、予防接種法に基づく予防接種（定期接種・臨時接種）※を受け、予防接種による健康被害と認定された方に対する救済制度が設けられています。

○ 医療機関及び薬局等において、当該マニュアルをご確認いただき、スムーズな受診証明書の発行に繋がっていただければと考えています。

○ 健康被害救済制度を利用される市民の皆様が、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。

※任意接種を受け健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）が窓口となります。詳細は、右記窓口をご覧ください。→



健康被害救済制度について

- 健康被害救済制度で、必要となる書類一覧です。
- 請求の際、受診証明書、診断書(様式6)及び診療録等について、医療機関等にご対応いただく必要があります。
- 次頁以降、受診証明書の記載方法について説明します。

請求方法と必要書類

健康被害救済給付の請求は、健康被害を受けたご本人やそのご家族の方が、予防接種を受けたときに住民票を登録していた市町村に行きます。

請求には、予防接種を受ける前後のカルテなど、必要となる書類があります。必要な書類の種類は、申請内容や状況によって変わりますので、市町村にご相談ください。

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		●		●	●

(※) 請求に必要な書類の様式は、厚生労働省のホームページからダウンロードできます。

左表は、国リーフレットから抜粋しています。
リーフレットの全体版は下記からご確認ください。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000912784.pdf>



受診証明書の書き方について（全体概要）

○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（医療費・医療手当請求）のため、医療機関、薬局等に証明いただくものです。

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(1)

①氏名	②性別		③生年月日		年		月		日			
④現住所												
⑤申請に係る症状又は疾病の名称 (※下記(注)5参照)												
⑥医療を受けた日数		入院日数	外診日数	年	月	日	年	月	日	年	月	日
⑦医療費												
⑧患者負担額												
⑨報告日 令和 年 月 日												
⑩予防接種後副反応疑い報告(予防接種法に基づく)												
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)

(注)

- 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。(申請に關係のない疾病等(特定病名、増悪のない基礎疾患等)は記載しないでください。)
- ⑤の欄は、医療を受けた日数を1か月ごとに入院日数及び入院外診療日数別に記入してください。
- ⑥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(免疫学的検査等)及び医療費等(検査料、増悪のない基礎疾患等)の自己負担相当額を記入してください。
- ⑦の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。

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（証明書発行日時点の住民票住所地）」を記入してください。

④「申請に係る症状又は疾病の名称」
4 ページに掲載

⑤「医療を受けた日数」
5 ～ 6 ページに掲載

⑥「患者負担額」
7 ページに掲載

⑦「予防接種後副反応疑い報告（予防接種法に基づく）」
9 ページに掲載

※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。→



「④申請に係る症状又は疾病の名称」について

○「④申請に係る症状又は疾病の名称」の欄は、予防接種後に生じた健康被害とみられる症状や疾病の名称を記入してください。

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		例) 心筋炎					
⑤ 医療を受けた日		年 月 分	年 月 分	年 月 分	年 月 分	年 月 分	年 月 分
	入院実日数	日	日	日	日	日	日
	入院日数	日	日	日	日	日	日
		医 療 費					

・ 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。

- ・ 医師が当該ワクチン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。
- ・ 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。

「⑤医療を受けた日数」について

○「⑤医療を受けた日数」の欄は、疾病について、医療を受けた日数を1か月ごとに入院日数及び入院外診療実日数別に記入してください。

④ 申請に係る症状又は疾病 の名称 ※下記(注意)3参照							
⑤ 〈記入例〉 医療を受けた 日		R5年3月分	R5年4月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
	入院外 診療実日数	1 日	3 日	日	日	日	日
	入院日数	5 日	日	日	日	日	日
		医 療 費					

※参考「医療手当」給付内容

医療費の支給を受けている者に対し、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無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にご留意ください。

(※ 給付額は厚生労働省HPをご参照ください。)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_kenkouhigaikyusai.html



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

「⑤医療を受けた日数」について

○医療を受けた日数が長期にわたり、記入欄が不足する場合は、以下をご参照ください。

④ 申請に係る症状又は疾病 の名称 ※下記(注意)3参照								
⑤<記入例> 医療を受けた 日数		R5 年3月分	R5 年4月分	R5 年5月分	R5 年6月分	R5 年7月分	R5 年8月分	R5 年9月分
	入院 外 診療 実 日 数	1 日	3 日	3 日	3 日	2 日	2 日	2 日
	入院 日 数	5 日	日	日	日	日	日	
医 療 費								

- ・医療手当は月を単位として支給されますので、月別の受診・入院日数が必要です。年単位でまとめることはできません。
- ・日数の記載欄が不足する場合、別紙を添付することは可能です。受診日数の欄に「別紙参照」とし、月単位の日数が記載された表を作成ください。
- ・別紙に押印は不要ですが、バラバラになったときにわかるように医療機関名称は用紙ごとにご記載ください。

<記入例> 1 枚目

⑤<記入例> 医療を受けた 日数		R5 年3月分	R5 年4月分	R5 年5月分	R5 年6月分	R5 年7月分	年 月 分
	入院 外 診療 実 日 数	1 日	3 日	3 日	3 日	2 日	別紙 参照
	入院 日 数	5 日	日	日	日	日	日



<別紙例> 2 枚目

受診証明書 (別紙) XXX医療機関		
医療を受けた日数	R5年6月分	R5年7月分
入院外診療実日数	2日	2日

「⑥患者負担額」について

○「⑥患者負担額」の欄は、医療を受けた者が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。

⑥ 患者負担額	医療費			
	※ア＝イ＋ウとなります			ア 5,000 円
	内 訳			
	特殊医療費分	イ 0 円	医療保険等自己負担額分	ウ 5,000 円

【対象となる医療費】

予防接種を受けたことによる疾病について受けた、以下※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は対象外となります。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。

※・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・移送

- ・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

「⑥患者負担額 特殊医療費分」について

- 特殊医療費分とは、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

種類	具体的な内容	上限額
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）
- ・ 予防接種法第四条第一項の医療に要した費用の額の算定方法の制定について（昭和52年04月28日厚生省衛発第392号）
- ・ 予防接種法第四条第一項の医療に要した費用の額の算定方法の制定について（昭和52年04月28日厚生省衛情第14号）

「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

○「⑦予防接種後副反応疑い報告（予防接種法に基づく）」の欄は、報告日を記入してください。

⑦ 〈記入例〉 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 
---	--	---

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。

【参考資料】厚生労働省HP

「予防接種法に基づく医師等の報告のお願い」

https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou20/hukuhannou_houkoku/



独立行政法人医薬品医療機器総合機構

「医薬関係者からの報告」

<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>



予防接種被害者健康手帳を所持されている方の受診証明書の書き方について

○ 予防接種被害者健康手帳を所持している方は、手帳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受診証明書の作成依頼がありましたら、必要事項を記入してください。

(予防接種被害者健康手帳の「医療機関の方へ」の頁をご参照ください)

例 認定疾病：○○
併発疾病：△△
の場合

予防接種被害者健康手帳
受診証明書
(医療費・医療手当認定後請求用)

① 様式2-(2)

① 様式2-(2)は認定後請求用の様式です。
認定申請用「様式2-(1)」と様式が異なりますが
記載方法は同様です。

② 疾病名○○、△△(○○による併発疾病)

②③

・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。

※認定疾病と異なる疾病が記載されている場合、認定疾病に関連する症状での受診であったか等を自治体から問い合わせる場合があります。

・また、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。

・④疾病名の欄は、医療費・医療手当において認定された疾病名(認定疾病が原因となって併発した疾患を含む)を記載してください。

※認定疾病が原因の併発疾病であることが自治体で確認できるよう疾病名の記載について検討ください。

10

① 氏 名			② 生年月日	年 月 日	
③ 現 住 所					
④ 疾 病 名	○○、△△(○○による併発疾病)				
⑤ 医療を受けた日	入 院 外 診 療 実 日 数	日	日	日	日
	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)

③ (注) 1 予防接種被害者健康手帳により、認定された疾病名を正確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 ①～④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患を含む、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(免役学的診療室であつて、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。

参考資料

○ その他、参考資料は以下のとおりです。

【参考資料】

○ 厚生労働省HP「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



○ 宮崎県HP「新型コロナワクチンに関する情報」
<https://www.pref.miyazaki.lg.jp/yakumukansensho/kurashi/hoken/20240321161351.html>



○ 厚生労働省HP「疾病・障害認定審査会（感染症・予防接種審査分科会、感染症・予防接種審査分科会新型コロナウイルス感染症予防接種健康被害審査部会）」
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-shippei_127696_00001.html

