

令和6年4月22日

一般社団法人広島県医師会長 様
一般社団法人広島県病院協会 様
公益社団法人広島県薬剤師会長 様

広島県健康福祉局健康危機管理課感染症対策担当課長
(〒730-8511 広島市中区基町 10-52)

コロナワクチン予防接種に係る健康被害救済制度
「受診証明書記載マニュアル」の作成について（通知）

このことについて、国の救済制度における申請のうち、「医療費・医療手当」の申請において、医療機関、薬局等が作成する「受診証明書」の記載方法をまとめた「受診証明書記載マニュアル」を別紙のとおり作成しました。

については、貴会会員への周知をお願いします。

担当 感染症対策グループ
電話 082-513-3079 (ダイヤルイン)
E-mail hcdc@pref.hiroshima.lg.jp
(担当者 高原)



コロナワクチン予防接種健康被害
救済制度における受診証明書記載
マニュアル（第1版）

令和6年3月21日作成
広島県感染症・疾病管理センター

目次

1. 予防接種健康被害救済制度について… 1
2. 受診証明書について… 1
3. 使用する様式について… 2
- 4-1. 記載方法 (①～③) について… 3
- 4-2. 記載方法 (④～⑤) について… 4
- 4-3. 記載方法 (⑥) について… 5
- 4-4. 記載方法 (⑦) について… 7

1. 予防接種健康被害救済制度について

○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すので、接種に係る過失の有無にかかわらず、予防接種と健康被害との因果関係が認定された方を迅速に救済するものです。

○予防接種法に基づく予防接種を受けた方に健康被害が生じた場合、その健康被害が接種を受けたことによるものであると厚生労働大臣が認定したときは、市町村により給付が行われます。（厚生労働大臣の認定にあたっては、第三者により構成される疾病・障害認定審査会により、因果関係に係る審査が行われます。）

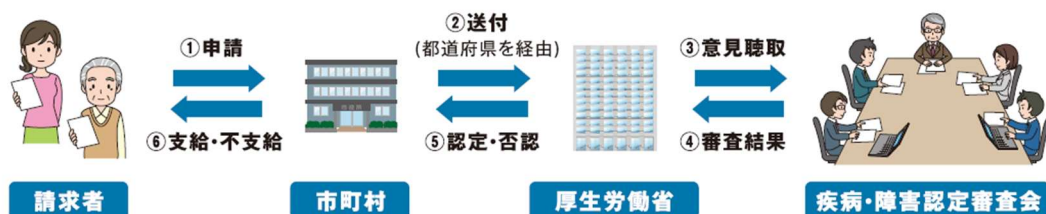
【参考：予防接種法抜粋】

（健康被害の救済措置）

第15条 市町村長は当該市町村の区域内に居住する間に定期の予防接種等を受けた者が、疾病にかかり、障害の状態となり、又は死亡した場合において、当該疾病、障害又は死亡が当該定期の予防接種等を受けたことによるものであると厚生労働大臣が認定したときは、次条及び第17条に定めるところにより、給付を行う。

2 厚生労働大臣は、前項の認定を行うに当たっては、審議会等で政令で定めるものの意見を聴かなければならない。

○申請から認定・支給までの流れ



(※) 救済給付の決定に不服がある時は、都道府県知事に対し、審査請求をすることができます。

2. 受診証明書について

○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）において、申請者が医療を受けたことを証明するため、医療機関、薬局に発行していただくものです。

3. 使用する様式について

- 受診証明書の様式は別紙2-(1)、別紙2-(2)の2種類あります。
- 様式は厚生労働省ホームページで配布しています。

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

■別紙2-(1)

健康被害が予防接種によるものと認定された後に、追加で発生した医療費を請求する際に使用してください。

別紙2-(1)							
受 診 証 明 書							
①	氏 名		男 女	② 生年月日		年 月 日	
③	現 住 所						
④	予防接種を受けたことによる疾病の名称						
⑤	医療を受けた日数	入院外 診療実日数	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分
		入院日数	日	日	日	日	日
⑥	患者負担額	予 防 接 種 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、予防接種を受けたことによる疾病について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 意)

- 1 予防接種被害者健康手帳により、認定疾病名を確認のうえ記入してください。
なお、認定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 ①～③の欄は、予防接種を受けたことによる疾病(認定疾病が原因となって併発した疾病を含む。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、予防接種を受けたことによる疾病名を記入してください。
- 4 ⑤の欄は、予防接種を受けたことによる疾病について、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の予防接種医療費の欄は、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。

■別紙2－(2)

これから認定を受けるための申請を行う際に使用してください。

申請用の様式であることが記載されています

別紙2－(2)

受 診 証 明 書 予 防 接 種 健 康
被 害 認 定 申 請 用

① 氏 名		男 女	② 生年月日						
③ 現 住 所									
④ 疾 病 名									
⑤ 医 療 を 受 け た 日 数	入 院 外 診 療 実 日 数	年 月 分	年 月 分	年 月 分	年 月 分	年 月 分	年 月 分	年 月 分	年 月 分
	入 院 日 数	日	日	日	日	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)

(注 意)

- 1 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。
- 2 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。
- 3 ④の欄は、疾病名を記入してください。
- 4 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。
- 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(免疫学的諸検査であつて、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。

※国が指定した様式を使用することが困難な場合、国が指定する様式に記載の項目を全て確認できるものであれば、医療機関独自の様式を用いて受診証明書を発行していただいても支障ございません。

※複数の医療機関の処方箋について、全て同じ薬局で処方を受けた場合、薬局で発行する受診証明書は1枚にまとめていただいても支障ございません。

4-1. 記載方法 (①~③) について

別紙2-(2)

受 診 証 明 書 〔 予 防 接 種 健 康
被 害 認 定 申 請 用 〕

① 氏 名	広島 太郎	② 生年月日	1980 年 4 月 1 日
③ 現 住 所	広島県〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番〇号		
④ 疾 病 名			

①氏名 ・医療を受けた者の氏名を記載し、その者の性別を「○」でかこってください。

②生年月日 ・医療を受けた者の生年月日を記載してください。
※和暦及び西暦のどちらの表記でも可能ですが、和暦で記載する場合は必ず元号を記載してください。

③現住所 ・医療を受けた者の現在の住所を記載してください。

4-2. 記載方法 (④~⑤) について

現住所							
④ 疾病名	(例)ギランバレー症候群						
⑤ 医療を受けた日数		R5年4月分	R5年5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							

④疾病名について、疾病について治療したことを証明するものであり、医師が疾病と新型コロナワクチン接種に因果関係があると証明するものではないことに留意してください。

④疾病名

・治療を行った疾病名を記載してください。

・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。

・薬局が発行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医療を受けた日数

・疾病について、医療を受けた日数を1か月ごとに入院外診療実日数及び入院日数に記載してください。

・一枚に入りきらない場合は別紙を添付することも可能です。

※別紙について、特に指定の様式はありません。

・保険や各種助成金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・入院がある場合は入院のみ1日としてください。

・次の場合は医療手当の支給対象外です。日数の計上はできません。

■薬局での処方箋のない単なる薬剤購入

■受診証明書、診療録等の書類の取得のためだけの受診

4-3. 記載方法 (⑥) について

⑥ 患者負担額	予 防 接 種 医 療 費		10,000 円	
	内 訳			
	特 殊 医 療 費 分	0 円	医療保険等自己負担額分	10,000 円
	上記のとおり、予防接種を受けたことによる疾病について医療を行ったことを証明します。			

⑥患者負担額

・医療を受けた者が医療機関に支払った額を記載し、その内訳として特殊医療費（※次ページ参照）及び医療保険等の自己負担相当額を記載してください。

・対象となる医療費は、④へ記載した疾病について受けた、以下に掲げる医療が対象となります。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となりません。一方、食事療養費標準負担額は対象となります。

（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）

「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 17版 P147」

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（医師の指示で一時的・緊急的必要があったもの）

※文書代であっても保険適用である「紹介状」については、医療費の対象となります。

4-4. 記載方法 (7) について

	負担額分
上記のとおり、医療を行ったことを証明します。	
令和 5 年 6 月 1 日	
医療機関の名称	〇〇病院
所在地	広島県〇〇市〇〇区〇〇町〇番〇号
開設者の氏名	広島 花子 印

(A4)

・受診した医療機関の名称、所在地、開設者の氏名、証明日を記載し、開設者印を押印してください。 ※医療機関の名称、所在地、開設者の氏名はゴム印も可能です。

・開設者でなくても、病院の院長や管理者等、証明するに足る立場にある者と考えられる者であれば、その者の氏名を記載しても差し支えありません。

・証明日の記載漏れがないよう注意してください。