

【医療機関の方へ】

※この受診証明書は、予防接種後健康被害救済制度で給付を受けるために必要な書類です。

※「⑤医療を受けた日数」「⑥患者負担額」は、「④疾病名」に記載した疾病にかかるもの以外は記入しないでください

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	年	月	日
③ 現 住 所						
④ 疾 病 名	※疾病名は「〇〇症の疑い」など、疑い段階でも記載可 ※診断が確定していない場合、複数の症状の記載でも可 ※薬局の場合は、処方箋を作成されている医療機関に疾病名を確認してください					
⑤ 医療を受けた日	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					
⑥ 患者負担額	医療費					
	【A】+【B】円					
	内 訳					
	特殊医療費分	【A】	円	医療保険等自己負担額分		【B】円
上記のとおり、医療を行ったことを証明します			※保険診療等に相当する医療で、健康保険等から給付される額を控除した自己負担額(医療機関の窓口で支払う3割負担等)。差額ベッド代、薬の容器、文書代等の保険適用外のものとは該当しません。食事療養費標準負担額は対象です。			
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)

- 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、疾病名を記入してください。
- 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。

## 特殊医療費について

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う。各検査の上限額は以下の通りである。

※「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（19版）」より引用

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population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）