

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3版）

令和6年10月18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… 2
  
2. 受診証明書について… 2
  
3. 使用する様式について… 3
  
- 4-1. 記載方法 (①～③) について… 6
  
- 4-2. 記載方法 (④～⑤) について… 7
  
- 4-3. 記載方法 (⑥) について… 8
  
- 4-4. 記載方法 (⑦) について…10
  
- 4-5. 記載方法 (医療機関名等) について…11

## 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。）

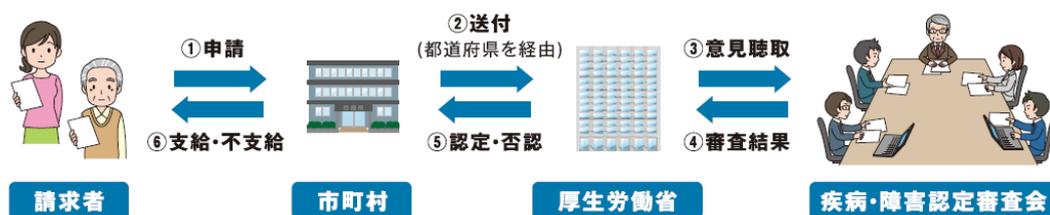
### 【参考：予防接種法抜粋】

（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。

○請求者の方が①申請を行う場合、また⑥認定後、各自治体において医療費・医療手当の給付手続きを行う場合において、受診証明書が必要となります。請求者様が迅速に申請および給付を受けられますよう、ご協力をお願いいたします。

### 3. 使用する様式について

- 受診証明書の様式は、様式2－（1）、様式2－（2）の2種類です。
- 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](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_kenkouhigaiky_uusai.html)

#### ■様式2－（1）

申請者が医療機関を受診したことを証明する書類です。

※「受診された症状が予防接種を受けたことによるもの」でないとと思われる場合であっても、被接種者様より作成の依頼があれば、作成をお願いいたします。

様式2－(1)

**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	男 女	② 生年月日	年 月 日				
③	現住所							
④	申請に係る症状又は疾病の名称 <small>※下記(注意)3参照</small>							
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
		入院日数	日	日	日	日	日	日
⑥	医療費							円
	内 訳							円
⑦	報告日	令和 年 月 日	医療保険 等自己 負担額分		円			
	予防接種後副反応疑い報告 (予防接種法に基づく)	※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 <input type="text" value="医師等 副反応疑い"/> ○副反応疑い報告受付サイト <input type="text" value="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 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、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。
- 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(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 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。

申請用の様式であることが記載されています。認定後、追加で認定疾病に対する医療費を請求する場合は、当該様式を使用してください。

■様式2－(2)

申請者が健康被害救済制度の認定を受けた後、給付の手続きに必要な書類です。  
 ※受診された症状が認定疾病ではない場合は、「認定疾病により併発された症状である」と確認できる場合に限り、受診証明書の作成をお願いいたします。

また、作成いただいた受診証明書については、自治体から確認をさせていただく場合がありますので、御協力をお願いいたします。

様式2－(2)

予防接種健康被害救済制度  
**受診証明書**  
 (医療費・医療手当認定請求用)

①	氏名	男 女	② 生年月日	年	月	日	
③	現住所						
④	疾病名 <small>※注記参照</small>						
⑤	医療を受けた日		年月分	年月分	年月分	年月分	
		入院外 診療実日数	日	日	日	日	日
		入院日数	日	日	日	日	日
⑥	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 予防接種被害者健康手帳により、認定された疾病名を確認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 ①～③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、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。

**【指定した様式への記入が困難である場合】**

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

① 氏 名	広島 太郎	① 男 女	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			

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

④ 申請に係る症状又は疾病 の名称 ※下記(注意)3参照		(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	日	5 日	日	日	日	日

※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ウイルス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

- ・予防接種後に生じた健康被害とみられる疾病の名称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	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

#### 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)

「新型コロナワクチン特例臨時接種後の健康被害救済事務手引き P4」

(例)

- ・ 診療
- ・ 薬剤又は治療材料の至急
- ・ 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

※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. 【様式2—(1)のみ】記載方法(⑦)について

<p>⑦ 予防接種後副反 応 疑 い 報 告 (予防接種法に基づく)</p>	<p>報告日 令和5年6月1日</p> <p>※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。</p>	<p>○副反応疑い報告制度について</p> <p>医師等 副反応疑い </p> <p>○副反応疑い報告受付サイト</p> <p>副反応 報告受付 </p>
--	---	---

#### ⑦予防接種後副反応疑い報告

- ・副反応疑い報告を行った日付を記入してください。

#### 【予防接種副反応疑い報告制度とは】

予防接種法第12条第1項の規定に基づき、病院もしくは診療所の医師等は、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（予防接種ワクチンの使用による副作用、感染症の発生）と診断した場合には、厚生労働大臣へ報告することが義務付けられている制度のことです。

#### 予防接種法 第12条 第1項

病院若しくは診療所の開設者又は医師は、定期の予防接種等を受けた者が、当該定期の予防接種等を受けたことによるものと疑われる症状として厚生労働省令で定めるものを呈していることを知ったときは、その旨を厚生労働省令で定めるところにより厚生労働大臣に報告しなければならない。

副反応疑い報告は、発生した症状と予防接種との因果関係が必ずしも明らかでない場合であっても、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止する観点から報告の必要があると判断される場合には、報告対象となり得ます。

#### 【副反応疑い報告についての詳細は厚生労働省ホームページをご参照ください】

[https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou20/hukuhannou\\_hokoku/index.html](https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou20/hukuhannou_hokoku/index.html)

#### 4-5. 記載方法（医療機関名等）について

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 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

・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。

※押印は省略可能です。

・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。

・また、記入後修正が必要である場合は、該当の箇所を二重線で訂正後、訂正印を押印してください。

広島県から医療機関・薬局の皆様へのお願い

健康被害救済制度を利用している県民の方が、より迅速な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。