

受 診 証 明 書

|  |                    |        |           |                             |       |       |       |
|--|--------------------|--------|-----------|-----------------------------|-------|-------|-------|
| ①<br>氏 名   |                    | 男<br>女 | ②<br>生年月日 | 年 月 日                       |       |       |       |
| ③<br>現 住 所   |                    |        |           |                             |       |       |       |
| ④ 予防接種を受けたことによる疾病の名称   |                    |        |           |                             |       |       |       |
| ⑤<br>医療を受けた日数  |                    | 年 月 分  | 年 月 分     | 年 月 分                       | 年 月 分 | 年 月 分 | 年 月 分 |
|  | 入 院 外<br>診 療 実 日 数 | 日      | 日         | 日                           | 日     | 日     | 日     |
|  | 入 院 日 数            | 日      | 日         | 日                           | 日     | 日     | 日     |
| ⑥<br>患者負担額   | 予 防 接 種 医 療 費      |        |           |                             |       |       |       |
|  | 円                  |        |           |                             |       |       |       |
|  | 内 訳                |        |           |                             |       |       |       |
|  | 特 殊 医<br>療 費 分     | 円      |           | 医 療 保 険<br>等 自 己<br>負 担 額 分 | 円     |       |       |
| <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関の名称</p> <p>所在地</p> <p>開設者の氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> |                    |        |           |                             |       |       |       |

(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。