

受 診 証 明 書

〔 予 防 接 種 健 康 被 害 認 定 申 請 用 〕

① 氏 名	三 鷹 太 郎		② 生 年 月 日	昭 和 〇 年 〇 月 〇 日		
③ 現 住 所	三 鷹 市 野 崎 一 丁 目 1 番 1 号					
④ 疾 病 名	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇					
⑤ 医 療 を 受 け た 日	入 院 外 診 療 実 日 数	〇 日	〇 日	日	〇 年 〇 月 分	
	入 院 日 数	日	日	〇 日	〇 年 〇 月 分	
⑥ 患 者 負 担 額	医 療 費					
	[A] + [B] 円					
	特 殊 医 療 費 分	内 訳			[B] 円	
※ [A] は医療保険適用外のもので、(別紙)免疫学的諸検査に該当するもの ※ [B] は医療保険適用後患者負担額の合計を記載(入院時食事療養負担額も含む)。						
上記のとおり、医療を行ったことを証明します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 ※ 受診証明書の日付は、受診証明書を作成した日						
医療機関の名称 〇 〇 病院 所在地 〇 〇 県 〇 〇 市 〇 〇 〇 - 〇 - 〇 開設者の氏名 〇 〇 〇 〇						
※ 開設者の氏名は、病院長や管理者又は証明するに足る立場の者						

(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。