



医療機関・薬局等向け 予防接種健康被害救済制度 受診証明書記載マニュアル

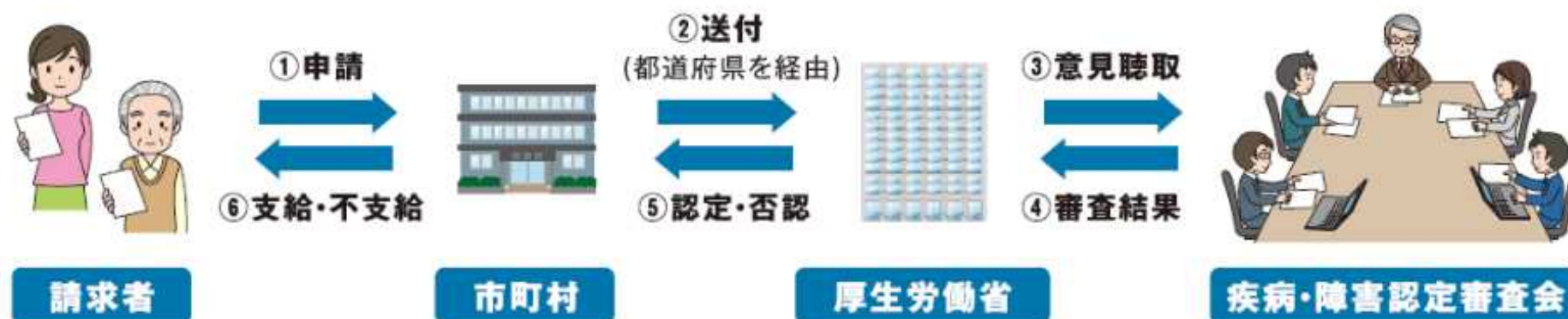
令和7年2月28日作成
群馬県健康福祉部感染症・疾病対策課

はじめに

- 予防接種は、感染症を予防するために重要なものですが、健康被害が起こることがあります。極めてまれではあるものの、副反応による健康被害をなくすることはできないことから、救済制度が設けられています。医療機関及び薬局等において、救済制度の概要をご承知いただくとともに、申請者から受診証明書等の作成依頼があった場合、スムーズにご対応いただくことを目的とし、本マニュアルを作成いたしました。
- 健康被害救済制度の請求に必要な受診証明書等は、予防接種後に生じた症状に対する実際の受診状況や診療内容等をお示しいただく書面であり、被害を受けられた方が適切な救済を受けるために必要な書類です。発行にご協力をお願いします。
- 受診証明書等の発行や診療録等の提供にあたり、医療機関において予防接種と症状の因果関係の有無を判断していただく必要はありません。因果関係がないと判断している場合でも、申請者から求めがあった場合は、必要な資料を提供してください。提出された資料に基づき、国の『疾病・障害認定審査会』が因果関係の有無を判断します。
- 健康被害に悩まれている県民が、より迅速に救済を受けることができるよう、ご協力をお願いいたします。

予防接種健康被害救済制度について

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。

※厚生労働省HPから引用

- ① 請求者は、必要書類を揃え、接種時に住民票を登録していた市町村に申請します。
- ② 市町村は、請求書を受理した後、市町村が設置する予防接種健康被害調査委員会において、医学的な見地から当該事例について調査したうえで、県を通じて国へ進達します。
- ③～⑤ 国は、必要書類を確認の上、予防接種・感染症・法律などの専門家により構成される疾病・認定審査会に諮問します。審査会の答申を踏まえ、審査結果を県を通じて市町村へ通知します。
- ⑥ 市町村は、国の審査結果を踏まえ、申請者に支給・不支給の決定を行います。認定となった場合、市町村から給付が行われます。

予防接種健康被害救済制度の必要書類について

- 予防接種健康被害救済制度の請求には、請求内容に応じ、予防接種を受ける前後の診療録（カルテ）や受診証明書などの書類が必要となります。
- 下表は、健康被害救済制度の請求に必要な書類の一覧です。
- 受診証明書、診断書及び診療録等については、申請者の求めに応じ、受診医療機関等でご対応いただく必要があります。
- 次のページから、医療費・医療手当の申請に必要な受診証明書の記載方法についてお示ししますので、作成時の参考としてください。

【標準的な必要書類】

請求に必要な書類	医療費 医療手当	障害児 養育年金	障害年金	死亡一時金 遺族年金 遺族一時金	葬祭料
請求書	●	●	●	●	●
受診証明書	●				
領収書等	●				
診断書		●	●		
死亡診断書、死体検案書等				●	●
埋葬許可証等					●
接種済証、母子健康手帳等	●	●	●	●	●
診療録等	●	●	●	●	●
住民票		●		●	
戸籍謄本、保険証等		●		●	●

(※) 請求に必要な書類の様式は、厚生労働省のホームページからダウンロードできます。

※厚生労働省HPから引用

受診証明書の記載方法について（医療費・医療手当請求用）

- 受診証明書は、申請者が当該疾病について医療を受けたことを証明するため、医療機関、薬局等に発行していただくものです。
- 発行にあたっては、医療機関、薬局等が予防接種と疾病との因果関係を判断する必要はありません。
受診した症状が予防接種を受けたことによるものでないと思われる場合でも、発行にご協力ください。

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)

様式2-(1)

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	※下記(注意)3参照				
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
	入 院 日 数	日	日	日	日
⑥ 患者負担額	医 療 費				
	円				
	内 訳				
⑦ 予防接種後副反応疑い報告 (予防接種法に基づく)	特 殊 医 療 費 分	円	医 療 保 険 等 自 己 負 担 額 分	円	円
	報告日 令和 年 月 日 ※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 ☐ 医師等 副反応疑い ☐ 副反応疑い報告受付サイト ☐ 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)

※医療費・医療手当の請求には（認定前）、様式2-(1)を使用します。
様式は、以下の厚生労働省HPに掲載されています。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_kenkouhigaikyusai.html

【記載方法その1】

- ①氏名
 - ・医療を受けた方の氏名を記入し、性別欄に○を付してください。
- ②生年月日
 - ・医療を受けた方の生年月日を記載してください。
- ③現住所
 - ・医療を受けた方の現在の住所を記載してください。

受診証明書の記載方法について（医療費・医療手当請求用）

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 ※下記(注意)3参照			
⑤医療を受けた日数	入院外診療実日数	年 月 分	年 月 分
	入院日数	年 月 分	年 月 分
⑥患者負担額	医療費		
	円		
⑦予防接種後副反応疑い報告 (予防接種法に基づく)	内 訳		
	特殊医療費分	円	医療保険等自己負担額分
報告日 令和 年 月 日			
※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 医師等 副反応疑い			
○副反応疑い報告受付サイト 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			

(A4)

【記載方法その2】

④申請に係る症状又は疾病の名称

- ・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。
- ・診断名がつかない場合、「～疑い」や症状名で記載することも可能です。また、複数記載することも可能です。
- ・申請と関係のない既往の疾病等は記載しないでください。
- ・薬局で発行する場合も疾病名を記載してください。分からない場合、処方箋を発行した医療機関に確認の上、記入してください。

⑤医療を受けた日数

- ・月ごとに入院外診療実日数（通院日数）、入院日数に分けて記入してください。
- ・様式に収まらない場合、枠外に欄を追加したり、別紙を添付したりするなどにより、全期間の日数を記入してください。
- ・医療費の自己負担が発生しない場合でも、医療を受けていれば医療手当の支給対象となるため、日数に計上してください。
- ・各日における通院・入院の日数であるため、同日に複数医療機関を受診した場合は1日で計上してください。また、同日に通院・入院がある場合は入院のみ1日で計上してください。
- ・薬局での薬剤購入は日数に計上しません。

受診証明書の記載方法について（医療費・医療手当請求用）

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)

様式2-(1)

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 ※下記(注意)3参照					
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
	入院日数	日	日	日	日
⑥患者負担額	医 療 費				
	内 訳				
	特 殊 医 療 費 分	円	医 療 保 険 等 自 己 負 担 額 分	円	
⑦	報告日 令和 年 月 日 ○副反応疑い報告制度について 医師等 副反応疑い Q ※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。 ○副反応疑い報告受付サイト 副反応 報告受付 Q				
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)

【記載方法その3】

⑥患者負担額

- ・医療費欄に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、特殊医療費分と医療保険等自己負担額分を記載してください。
- ・医療費の給付対象は、予防接種を受けたことによる疾病について受けた、以下の医療です。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。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外です。ただし、食事療養費標準負担額は給付対象となります。

- ・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

受診証明書の記載方法について（医療費・医療手当請求用）

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)

様式2-(1)

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 (※下記(注)3参照)					
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
	入院日数	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	
⑦予防接種後副反応疑い報告 (※予防接種法に基づく)	報告日 令和 年 月 日 ※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 ☐ 副反応疑い報告受付サイト ☐ 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)

【記載方法その4】

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。

【参考】 予防接種副反応疑い報告について

- ・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（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。
- ・副反応疑い報告がされていなくても、予防接種健康被害救済制度の請求は可能ですが、要件に当てはまる場合、受診証明書の発行と合わせ、副反応疑い報告の提出をお願いします。
詳細は厚生労働省の以下ページをご覧ください。

【厚生労働省HP】 予防接種法に基づく医師等の報告のお願い

https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkakukansenshou20/hukuhannou_houkoku/index.html

受診証明書の記載方法について（医療費・医療手当請求用）

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 ※下記(注意)3参照						
⑤ 医療を受けた 日		年 月 分	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	日
入院 日 数	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		
⑦ 予防接種後副反 応 疑 い 報 告 (予防接種法に基づく)	報告日 令和 年 月 日		○副反応疑い報告制度について 医師等 副反応疑い			
	※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。		○副反応疑い報告受付サイト 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)

⑧証明欄

- ・証明日付を漏れなく記入してください。
- ・医療機関の名称、所在地、開設者の氏名を記入し、開設者印を押印してください（押印は省略可能です。）。

受診証明書の記載方法について（医療費・医療手当請求用）

○予防接種被害者健康手帳を所持している方は、手帳に記載の疾病について認定を受けています。認定を受けた方が当該疾病に係る医療費・医療手当等を請求する場合、様式2-（2）を使用します。

○受診証明書の記載方法は様式2-（1）と同様です。

様式2-（2）

予防接種健康被害救済制度
受 診 証 明 書
(医療費・医療手当認定後請求用)

①	氏 名	男 女	② 生年月日	年	月	日
③	現 住 所					
④	疾 病 名 ※注意参照					
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
			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 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（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。

参考リンク集

○厚生労働省HP：予防接種健康被害救済制度について

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

○リーフレット『予防接種後健康被害救済制度について』

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000912784.pdf>

○『疾病・障害認定審査会(感染症・予防接種審査分科会、感染症 予防接種審査分科会新型コロナウイルス感染症予防接種健康被害審査部会)』（令和元年9月27日～令和6年6月10日まで）

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-shippei_127696_00001.html

○『疾病・障害認定審査会(感染症・予防接種審査分科会、感染症 予防接種審査分科会新型コロナウイルス感染症予防接種健康被害審査部会)』（令和6年6月17日以降）

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-shippei_127696_00006.html