

【医療機関・薬局の方へ】

受診証明書は、予防接種健康被害救済制度で給付を受けるための大切な書類です。
作成についてご不明点等ございましたら、大阪市保健所にお問い合わせ願います。
記載内容に不備がある場合は、修正や再発行を依頼する場合がございます。
※「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。

問い合わせ先：大阪市保健所感染症対策課（予防接種担当） TEL 06-6647-0813

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)

記入例

① 氏 名	大阪 太郎		男 女	② 生年月日	昭和○年 ○月 ○日		
③ 現 住 所	大阪市阿倍野区文の里○丁目○番○号						
④ 疾 病 名 ※注意参照	○○○○○						
⑤ 医療を受けた日	入院外診療実日数	RO年1月分 3日	RO年2月分 3日	年 月 分	年 月 分	年 月 分	年 月 分
	入院日数	0日	0日	日	日	日	日
⑥ 患者負担額	医 療 費						
	56,000円						
	内 訳						
	特殊医療費分	※次ページ参照		円	医療保険等自己負担額分	56,000円	

上記のとおり、医療を行ったことを証明します。

- ・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。
- ・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。
- ・薬局での薬剤購入は日数に計上しません。
- ・この請求に係る疾病以外の疾病の診療日は含めないでください。

印

(A4)

(注 意)

- ・医療費には、下記内訳の「特殊医療費分（※次ページ参照）」と「医療保険等自己負担額分」の合計額を記入してください。
- ・「医療保険等自己負担額分」とは、保険診療に相当する医療で、健康保険等から給付される額を控除した自己負担分（医療機関の窓口で支払う3割負担等）のことであり、差額ベッド、薬の容器、文書代等の保険適用外のものは該当しません。
※ただし、食事療養費標準負担額は給付の対象です。

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。

※特殊医療費分の種類、具体的な内容、上限額について

出典：「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（厚生労働省）」

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）