

予防接種健康被害救済制度
受診証明書（別紙）

①氏名（医療を受けた方） []

⑤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 診療実日数	日	日	日	日	日	日
入院日数	日	日	日	日	日	日

	年 月分	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

	年 月分	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

	年 月分	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

	年 月分	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

医療機関の名称
所在地
開設者の氏名
印

※受診証明書と両面印刷をお願いします。両面印刷ができない場合や、別紙が2枚以上になる場合は、お手数ですが、上記に記入の上、押印をお願いいたします。