

様式6

受 診 証 明 書

予防接種健康
被害認定申請用

① ふ り が な 氏		男 女	② 生 年 月 日	年	月	日
③ 現 住 所				電話番号	()	
④ 疾 病 名						
⑤ 医療を受けた日数		月分	月分	月分		
	入院外 診療実日数	日	日	日		
	入院日数	日	日	日		
⑥ 患者負担額	予 防 接 種 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、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。 平成 年 月 日 医療機関の名 所 在 地 電 話 番 号 開設者の氏名						

(日本工業規格A列4番)

(注意)

- 1 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のためのものです。
- 2 ①～③欄は、医療を受けた者の氏名、性別、生年月日、現住所及び電話番号を記入してください。
- 3 ④の欄は、疾病名を記入して下さい。
- 4 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。
- 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(医療保険の対象とならない医療費)及び医療保険等の自己負担相当額を記入して下さい。