記入例

別紙2－(2)

受　診　証　明　書

（予防接種健康被害認定申請用）

①氏名	本庄　太郎		男女	②生年月日	(年号)〇〇年　〇〇月　〇〇日			
③現住所	本庄市〇〇－〇〇							
④疾病名	〇〇〇〇							
⑤医療を受けた日数		〇年〇月分	年　月分	年　月分	年　月分	年　月分	年　月分	
	入院外診療実日数	〇日	日	日	日	日	日	
	入院日数	〇日	日	日	日	日	日	
⑥患者負担額	医療費							
	下記の「特殊医療費分」と「医療保険等自己負担額分」の合計金額を記入　円							
	内訳							
	特殊医療費分	免疫学的検査であって、医療保険対象外の医療費を請求する場合に記入　円		医療保険等自己負担額分	健康保険適用分の医療費食事療養費の合算を記入　円			

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

医療機関の名称　〇〇〇病院

所在地　〇〇県　〇〇市〇〇　〇－〇－〇

開設者の氏名　〇〇　〇〇　印

（A4）

（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きのためのものです。

2　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。

3　④の欄は、疾病名を記入してください。

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（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。

種類	具体的な内容	上限額
リンパ球(T細胞及びB細胞)サブポピュレーション測定	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 Ramdom 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）