様式５－２

感染救済給付用

**受診証明書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ⑴ | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男  女 | | | ⑵ | |  | | | | 明治  大正  昭和  平成  令和 | | |  | | | | 年 | |  | | 月 |  | | 日 | |
|  | 患者の氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | |
| ⑶ | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 現　住　所 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑷ | 請求に係る生物由  来製品等を介した感染等によるものとみられる疾病の名称又は症状 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑸ | 請求に係る医療を行った日数 | | | |  | | | | | |  | | | | | | 年 | |  | | 月分 | |  | | | | | 年 | | |  | | | 月分 | | | |  | | | | | 年 |  | | 月分 | | |
| 入院外診療実日数 | | | | | |  | | | | | | | | | | 日 | |  | | | | | | | | | | | 日 | | | |  | | | | | | | | | 日 | |
| 入院実日数 | | | | | |  | | | | | | | | | | 日 | |  | | | | | | | | | | | 日 | | | |  | | | | | | | | | 日 | |
| ⑹ | 医療保険等の  自己負担額分 | | | | 入院外 | | | | | |  | | | | | | | 日 |  | | | 円 |  | | | | | 日 | | |  | | | | 円 | | |  | | | | | 日 |  | | | | 円 |
|  | | | | | | | 日 |  | | | 円 |  | | | | | 日 | | |  | | | | 円 | | |  | | | | | 日 |  | | | | 円 |
|  | | | | | | | 日 |  | | | 円 |  | | | | | 日 | | |  | | | | 円 | | |  | | | | | 日 |  | | | | 円 |
|  | | | | | | | 日 |  | | | 円 |  | | | | | 日 | | |  | | | | 円 | | |  | | | | | 日 |  | | | | 円 |
|  | | | | | | | 日 |  | | | 円 |  | | | | | 日 | | |  | | | | 円 | | |  | | | | | 日 |  | | | | 円 |
| 入院 | | | | | |  | | 日～ | |  | | | 日 |  | | | 円 |  | | 日～ |  | | 日 | | |  | | | | 円 | | |  | 日～ | |  | | 日 |  | | | | 円 |
|  | | 日～ | |  | | | 日 |  | | | 円 |  | | 日～ |  | | 日 | | |  | | | | 円 | | |  | 日～ | |  | | 日 |  | | | | 円 |
| ⑺ | 自己負担額がない理由 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、請求に係る疾病について医療を行ったことを証明します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 | |  | | 年 |  | | 月 |  | | 日 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 病院、診療所又は薬局の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 所在地 | | | | | | （〒 | | | | | － | |  | | | | ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 管理者の氏名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 救済給付に関わる問い合わせ窓口 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 部署名 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 担当者名 | | | | |  | | | | | | | | | | | |

(注意)

1. (1)～(3)の欄は、請求に係る疾病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下さい。
2. (4)の欄には、請求に係る疾病の名称を記入して下さい。  
   なお、適当な名称がない場合には、症状を簡潔に記入して下さい。
3. (5)の欄は、(4)の疾病について医療を行った日数をひと月ごとに入院実日数又は入院外診療実日数別に記入して下さい。
4. (6)の欄は、(4)の疾病について、月ごとの医療費の自己負担額（差額ベッド代、文書料等の健康保険法に該当しないもの及び食事療養標準負担額を除く。）を入院及び入院外に分けて記入して下さい。その際、日付についても記載して下さい。
5. (7)の欄は、自己負担額がある場合記載の必要はありません。
6. 入院により(4)の疾病の治療と(4)の疾病以外の疾病の治療とを並行して行っている場合において、(4)の疾病のみでは入院を要すると認められないときの医療を行った日数については、入院実日数欄ではなく、入院外診療実日数欄に記入して下さい。
7. この証明書について、後日、医薬品医療機器総合機構が指定する期間のみの自己負担額等について照会する場合がありますので予め御承知おき願います。

(別紙)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | （氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | ） | | |
| 請求に係る医療を行った日数 | | | |  | | | | |  | | | | 年 | | |  | | 月分 | |  | | | 年 |  | 月分 | | |  | | | | | 年 | | |  | | 月分 | | |
| 入院外診療実日数 | | | | |  | | | | | | | | | 日 | |  | | | | | 日 | | |  | | | | | | | | | | 日 | | |
| 入院実日数 | | | | |  | | | | | | | | | 日 | |  | | | | | 日 | | |  | | | | | | | | | | 日 | | |
| 医療保険等の  自己負担額分 | | | | 入院外 | | | | |  | | | | 日 | | |  | | | 円 |  | | | 日 |  | | | 円 |  | | | | | 日 | | |  | | | | 円 |
|  | | | | 日 | | |  | | | 円 |  | | | 日 |  | | | 円 |  | | | | | 日 | | |  | | | | 円 |
|  | | | | 日 | | |  | | | 円 |  | | | 日 |  | | | 円 |  | | | | | 日 | | |  | | | | 円 |
|  | | | | 日 | | |  | | | 円 |  | | | 日 |  | | | 円 |  | | | | | 日 | | |  | | | | 円 |
|  | | | | 日 | | |  | | | 円 |  | | | 日 |  | | | 円 |  | | | | | 日 | | |  | | | | 円 |
| 入院 | | | | |  | 日～ |  | | 日 | | |  | | | 円 |  | 日～ |  | 日 |  | | | 円 |  | 日～ | |  | | 日 | | |  | | | | 円 |
|  | 日～ |  | | 日 | | |  | | | 円 |  | 日～ |  | 日 |  | | | 円 |  | 日～ | |  | | 日 | | |  | | | | 円 |
| 自己負担額がない理由 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 年 |  | 月分 | | | |  | | | | 年 | | |  | 月分 | | |  | | | 年 |  | | 月分 | |  | | | | | 年 | |  | | 月分 | | | |
|  | | | | | 日 | | | |  | | | | | | | | 日 | | |  | | | | | | 日 | |  | | | | | | | | | 日 | | | |
|  | | | | | 日 | | | |  | | | | | | | | 日 | | |  | | | | | | 日 | |  | | | | | | | | | 日 | | | |
|  | | | 日 |  | | | 円 | |  | | | | 日 | | |  | | | 円 |  | | | 日 |  | | | 円 |  | | | | | 日 | |  | | | | 円 | |
|  | | | 日 |  | | | 円 | |  | | | | 日 | | |  | | | 円 |  | | | 日 |  | | | 円 |  | | | | | 日 | |  | | | | 円 | |
|  | | | 日 |  | | | 円 | |  | | | | 日 | | |  | | | 円 |  | | | 日 |  | | | 円 |  | | | | | 日 | |  | | | | 円 | |
|  | | | 日 |  | | | 円 | |  | | | | 日 | | |  | | | 円 |  | | | 日 |  | | | 円 |  | | | | | 日 | |  | | | | 円 | |
|  | | | 日 |  | | | 円 | |  | | | | 日 | | |  | | | 円 |  | | | 日 |  | | | 円 |  | | | | | 日 | |  | | | | 円 | |
|  | 日～ |  | 日 |  | | | 円 | |  | 日～ |  | | 日 | | |  | | | 円 |  | 日～ |  | 日 |  | | | 円 |  | | 日～ | |  | | 日 | |  | | | 円 | |
|  | 日～ |  | 日 |  | | | 円 | |  | 日～ |  | | 日 | | |  | | | 円 |  | 日～ |  | 日 |  | | | 円 |  | | 日～ | |  | | 日 | |  | | | 円 | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 年 |  | | 月分 | | |  | | | | | 年 |  | | 月分 | | |  | | | 年 |  | | 月分 | |  | | | | | 年 | |  | | 月分 | | | |
|  | | | | | | 日 | | |  | | | | | | | | 日 | | |  | | | | | | 日 | |  | | | | | | | | | 日 | | | |
|  | | | | | | 日 | | |  | | | | | | | | 日 | | |  | | | | | | 日 | |  | | | | | | | | | 日 | | | |
|  | | | 日 |  | | | | 円 |  | | | 日 | | |  | | | | 円 |  | | | 日 |  | | | 円 |  | | | | | 日 | |  | | | | 円 | |
|  | | | 日 |  | | | | 円 |  | | | 日 | | |  | | | | 円 |  | | | 日 |  | | | 円 |  | | | | | 日 | |  | | | | 円 | |
|  | | | 日 |  | | | | 円 |  | | | 日 | | |  | | | | 円 |  | | | 日 |  | | | 円 |  | | | | | 日 | |  | | | | 円 | |
|  | | | 日 |  | | | | 円 |  | | | 日 | | |  | | | | 円 |  | | | 日 |  | | | 円 |  | | | | | 日 | |  | | | | 円 | |
|  | | | 日 |  | | | | 円 |  | | | 日 | | |  | | | | 円 |  | | | 日 |  | | | 円 |  | | | | | 日 | |  | | | | 円 | |
|  | 日～ |  | 日 |  | | | | 円 |  | 日～ |  | | 日 | | |  | | | 円 |  | 日～ |  | 日 |  | | | 円 |  | | 日～ | |  | | 日 | |  | | | 円 | |
|  | 日～ |  | 日 |  | | | | 円 |  | 日～ |  | | 日 | | |  | | | 円 |  | 日～ |  | 日 |  | | | 円 |  | | 日～ | |  | | 日 | |  | | | 円 | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  | 年 |  | | 月 |  | 日 |  | | | | | | |
|  | | | | 病院、診療所又は薬局の名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | （〒 |  | － |  | ） | |
|  | | | | |  | | | | | |
| 電話番号 | | | | |  | | | | | |
| 管理者の氏名 | | | | |  | | | | |  |