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 |  |  |