

# 予防接種健康被害救済制度

## 申請の手引き

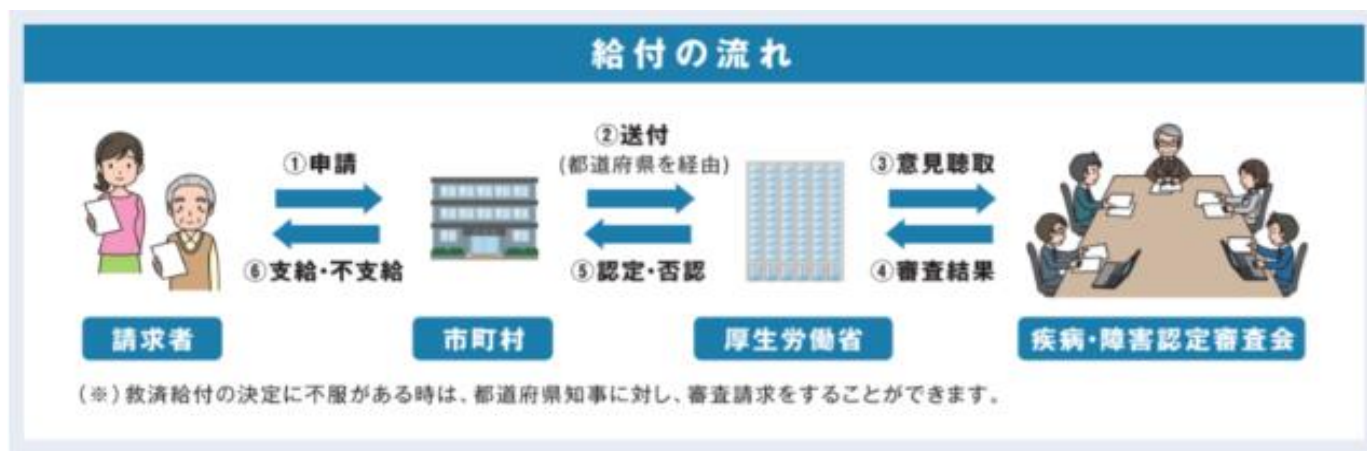
熊本市 感染症予防課（電話096-364-3189）

※この申請の手引きの対象は、予防接種法に基づくA類疾病の定期接種、B類疾病の定期接種、臨時接種による健康被害です。

### 健康被害救済制度について

ワクチン接種では、副反応による健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が起こることがあります。極めて稀ではあるものの、なくすことが出来ないことから、救済制度（医療費・障害年金等の給付）が設けられています。

健康被害が接種を受けたことによるものであると厚生労働大臣が認定したときは、熊本市が給付を行います。（厚生労働大臣の認定にあたっては、予防接種・感染症・医療・法律の専門家により構成される疾病・障害認定審査会により、因果関係に係る審査が行われます。）



# 給付の種類について

| 給付の種類                     | A 類疾病の定期接種・臨時接種                                                               | B 類疾病の定期接種<br>※請求期限あり                                                           |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 医療費及び医療手当<br>(医療手当のみの請求可) | 予防接種を受けたことによる疾病について受けた医療に要した費用およびその入院通院等に必要な諸経費を支給。                           | 予防接種を受けたことによる疾病について受けた医療に要した費用およびその入院通院等に必要な諸経費を支給。(入院を要すると認められる場合に必要程度の医療に限る。) |
| 障害児養育年金                   | 予防接種を受けたことにより政令別表第1に定める程度の障害の状態にある18歳未満の者を養育する者に支給。                           |                                                                                 |
| 障害年金                      | 予防接種を受けたことにより政令別表第2に定める程度の障害の状態にある18歳以上の者に支給。(障害児養育年金から移行する場合も改めて障害年金の認定が必要。) | 予防接種を受けたことにより政令別表第2に定める程度の障害の状態にある18歳以上の者に支給。(3級はなし。)                           |
| 死亡一時金                     | 予防接種を受けたことにより死亡した者の配偶者又は同一生計の遺族に支給。                                           |                                                                                 |
| 遺族年金                      |                                                                               | 予防接種を受けたことにより死亡した者が生計維持者の場合にその遺族に支給。                                            |
| 遺族一時金                     |                                                                               | 予防接種を受けたことにより死亡した者の配偶者又は同一生計の遺族に支給。                                             |
| 葬祭料                       | 予防接種を受けたことにより死亡した者の葬祭を行う者に支給。                                                 | 予防接種を受けたことにより死亡した者の葬祭を行う者に支給。                                                   |

## その他の申請

| 給付の種類 | A 類疾病の定期接種・臨時接種                                                                                                              | B 類疾病の定期接種<br>※請求期限あり                                                                                                        |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 年金額変更 | 障害児又は障害年金受給者の障害の状態が他の等級に該当することとなった場合、新たな等級に応じた額を支給。                                                                          | 障害年金受給者の障害の状態が他の等級に該当することとなった場合、新たな等級に応じた額を支給。                                                                               |
| 未支給給付 | 給付を受けることができる者が死亡した場合において、その死亡した者に支給すべき給付でまだその者に支給していなかったものがあるときは、その者の配偶者、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹であってその者の死亡の当時その者と生計を同じくしていたものに支給する。 | 給付を受けることができる者が死亡した場合において、その死亡した者に支給すべき給付でまだその者に支給していなかったものがあるときは、その者の配偶者、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹であってその者の死亡の当時その者と生計を同じくしていたものに支給する。 |

## ※ B 類疾病の請求期限

医療費：当該医療費の支給の対象となる費用の支払が行われた時から5年。

医療手当：医療が行われた日の属する月の翌月の初日から5年。

遺族年金、遺族一時金、葬祭料：死亡の時から5年。ただし、医療費、医療手当又は障害年金の支給の決定があった場合には2年。

## 給付額について

| 給付額         | A類・臨時<br>※B類臨時は除く                                                                                    | B類                                                 |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 医療費         | 保険適用の医療に要した費用から、健康保険等による給付の額を除いた自己負担分、及び入院時食事療養費標準負担額等。                                              | A類疾病の額に準ずる。<br>※入院を要すると認められる場合に必要な程度の医療に限る。        |
| 医療手当（月額）    | 1ヶ月の間に<br>通院3日未満 36,900円<br>通院3日以上 38,900円<br>入院8日未満 36,900円<br>入院8日以上 38,900円<br>入院と通院がある場合 38,900円 | A類疾病の額に準ずる。<br>※入院を要すると認められる場合に必要な程度の医療に限る。        |
| 障害児養育年金（年額） | 1級 1,669,200円<br>2級 1,334,400円<br>※条件により介護加算あり。<br>※特別児童扶養手当等の額を除く。                                  |                                                    |
| 障害年金（年額）    | 1級 5,340,000円<br>2級 4,272,000円<br>3級 3,202,800円<br>※条件により介護加算あり。<br>※障害基礎年金等の額を除く。                   | 1級 2,966,400円<br>2級 2,373,600円                     |
| 死亡一時金       | 46,700,000円<br>※障害年金の受給期間により額の調整あり。                                                                  |                                                    |
| 遺族年金（年額）    |                                                                                                      | 2,594,400円<br>※10年間を限度として支給。障害年金の受給期間により支給期間の短縮あり。 |
| 遺族一時金       |                                                                                                      | 7,783,200円                                         |
| 葬祭料         | 215,000円                                                                                             | A類疾病の額に準ずる。                                        |
| 介護加算（年額）    | 1級 854,400円<br>2級 569,600円                                                                           |                                                    |

（2024年4月改訂）

## 健康被害認定申請手続きに必要な書類について

請求は、健康被害を受けたご本人やその家族の方が、予防接種を受けたときに住民票を登録していた市町村に行います。

必要書類について、受診証明書、診断書、診療録等（カルテや検査結果等）は、医療機関で発行していただく必要があります。

**発行にかかる費用は自己負担となります。**

| 請求に必要な書類     | 医療費<br>医療手当 | 障害児<br>養育年金 | 障害年金 | 死亡一時金<br>遺族年金<br>遺族一時金 | 葬祭料 |
|--------------|-------------|-------------|------|------------------------|-----|
| 請求書          | ●           | ●           | ●    | ●                      | ●   |
| 受診証明書        | ●           |             |      |                        |     |
| 領収書等         | ●           |             |      |                        |     |
| 診断書          |             | ●           | ●    |                        |     |
| 死亡診断書、死体検案書等 |             |             |      | ●                      | ●   |
| 埋葬許可証等       |             |             |      |                        | ●   |
| 接種済証、母子手帳等   | ●           | ●           | ●    | ●                      | ●   |
| 診療録等         | ●           | ●           | ●    | ●                      | ●   |
| 住民票          |             | ●           |      | ●                      |     |
| 戸籍謄本、保険証等    |             | ●           |      | ●                      | ●   |

（※）請求に必要な書類の様式は、厚生労働省のホームページからダウンロードできます。

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine\\_kenkouhigaikyusai.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_kenkouhigaikyusai.html)

書類の説明は以下のページを参照

請求書（[P5](#)） 受診証明書（[P8](#)） 領収書等（[P11](#)） 接種済証（[P11](#)） 診療録等（[P12](#)）

# 医療費・医療手当請求書について

医療費・医療手当請求書は、請求者（予防接種を受けたことによる疾病について医療を受けた方）が作成してください。

予防接種健康被害救済制度

## 医療費・医療手当請求書

|                                                                                                      |               |       |         |                         |        |       |       |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|---------|-------------------------|--------|-------|-------|--|--|--|--|
| ① 個人番号                                                                                               |               |       |         |                         |        |       |       |  |  |  |  |
| ② ふりがな氏名                                                                                             |               |       |         | 男女                      | ③ 生年月日 | 年 月 日 |       |  |  |  |  |
| ④ 現住所                                                                                                |               |       |         | ⑤ 世帯主氏名                 |        |       | 続柄    |  |  |  |  |
| 受けた予防接種                                                                                              | ⑥ 種類          |       |         | ⑦ 実施年月日                 | 年 月 日  |       |       |  |  |  |  |
|                                                                                                      | ⑧ 実施者         |       |         | ⑨ 実施場所                  |        |       |       |  |  |  |  |
|                                                                                                      | ⑩ 居住地         |       |         |                         |        |       |       |  |  |  |  |
| ⑪ 医療保険等の種類                                                                                           | 健保            | 国保    | その他 ( ) | ⑫ 被保険者本人 (組合員本人) 被扶養者の別 | 本人     |       | 被扶養者  |  |  |  |  |
| ⑬ 医療を受けた医療機関の名称及び所在地                                                                                 |               |       |         |                         |        |       |       |  |  |  |  |
| ⑭ 医療を受けた日数                                                                                           | 入院外診療実日数      | 年 月 分 | 年 月 分   | 年 月 分                   | 年 月 分  | 年 月 分 | 年 月 分 |  |  |  |  |
|                                                                                                      | 入院日数          | 日     | 日       | 日                       | 日      | 日     | 日     |  |  |  |  |
|                                                                                                      |               | 日     | 日       | 日                       | 日      | 日     | 日     |  |  |  |  |
| ⑮ 看護移送等についてはその内容                                                                                     |               |       |         |                         |        |       |       |  |  |  |  |
| ⑯ 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      |       |       |  |  |  |  |
| ⑰ 医療手当請求額 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、医療費・医療手当の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。<br>令和 年 月 日<br>請求者氏名<br>市 町 村 長 殿         |               |       |         |                         |        |       |       |  |  |  |  |
| ⑱ 同意欄<br>私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。<br>本人署名 _____ 印<br>(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び医療を受けた者との続柄を記載) |               |       |         |                         |        |       |       |  |  |  |  |

②～④の欄は、医療を受けた者の「氏名」「性別」「生年月日」「現住所」を記入してください。

⑥の欄は、健康被害の原因となった予防接種について次のように記入してください。

※新型コロナワクチン（臨時〇回目）

⑧の欄は、「熊本市長」と記入してください。

⑨の欄は、予防接種を受けた医療機関等の名称を記入してください。

⑩の欄は、予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。

⑬の欄は、請求に係る疾病について、医療を受けた医療機関の名称及び所在地を記入してください。

⑭⑮⑯⑰の欄は次のページ以降で説明

## 医療費・医療手当請求書「⑭医療を受けた日数」について

申請する疾病にかかる医療を受けた日数を1か月ごとに「入院外（外来）診療実日数」と「入院日数」別に記入してください。

**申請に関係ない疾病等（検査病名、増悪のない基礎疾患等）は日数に含めないでください。**

同日に入院と通院どちらもある場合は「入院1日」とカウントしてください。

同日に複数の医療機関にかかった場合は1日で計上してください。

薬局での薬剤購入は日数に計上しないでください。

欄が足りない場合は、余白に記入するか、別紙を作成してください。

## 医療費・医療手当請求書「⑮看護移送等についてはその内容」について

看護移送とは、病気やけがで移動が困難な患者が、医師の指示で一時的・緊急的が必要があり、移送された場合は、移送費が現金給付として支給されるものです。

看護移送を行ったときは、その状況及び医療保険で当該給付を受けた否かを記入してください。

※119番による救急車の利用等は看護移送ではありません。

## 医療費・医療手当請求書「⑯患者負担額」について

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）及び医療保険等自己負担額分を記入してください。

医療保険等自己負担額分は、保険診療に相当する医療費で、健康保険等による給付の額を除いた自己負担額（窓口で支払う3割負担分等）となります。

**差額ベッド、薬の容器、文書代等の保険適用外の場合は対象外となります。**

食事療法費標準負担額は給付の対象となります。

高額療養費や特定医療（指定難病）などの償還払いがある場合は、その額を除いた金額を記入してください。また、その場合は償還払いの金額が確認できる書類（通知文等）の写しを提出してください。

## 医療費・医療手当請求書「⑰医療手当請求額」について

下表を参照のうえ、「⑭医療を受けた日数」に応じた各月の金額の合計額を記入してください。

| 【医療手当月額】                           | 令和3年度   | 令和4年度   | 令和5年度   | 令和6年度   |
|------------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| ・通院月3日未満<br>・入院月8日未満               | 35,000円 | 34,900円 | 35,800円 | 36,900円 |
| ・通院月3日以上<br>・入院月8日以上<br>・同一月に入院と通院 | 37,000円 | 36,900円 | 37,800円 | 38,900円 |

# 受診証明書について

受診証明書は、受診した医療機関、薬局に作成を依頼してください。

様式2-（1）

予防接種健康被害救済制度  
受 診 証 明 書  
(医療費・医療手当請求用)

|                             |                                                       |       |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |       |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------|-------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| ①氏名                         |                                                       |       | 男<br>女 | ②生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 年 月 日 |       |
| ③現住所                        |                                                       |       |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |       |
| ④申請に係る症状又は疾病の名称 ※下記(注意)3参照  |                                                       |       |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |       |
| ⑤医療を受けた日数                   |                                                       | 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     |
|                             | 入院日数                                                  | 日     | 日      | 日                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 日     | 日     |
| ⑥患者負担額                      | 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     |       |
| ⑦予防接種後副反応疑い報告(予防接種法に基づく)    | 報告日 令和 年 月 日                                          |       |        | ○副反応疑い報告制度について                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |       |
|                             | ※疾病が副反応疑い報告の基準に該当する場合は、医療機関から(独)医薬品医療機器総合機構への報告が必要です。 |       |        | <input type="checkbox"/> 医師等 副反応疑い <br><input type="checkbox"/> 副反応疑い報告受付サイト<br><input type="checkbox"/> 副反応 報告受付  |       |       |
| 上記のとおり、申請に係る医療を行ったことを証明します。 |                                                       |       |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |       |
| 令和 年 月 日                    |                                                       |       |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |       |
| 医療機関の名称                     |                                                       |       |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |       |
| 所在地                         |                                                       |       |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |       |
| 開設者の氏名                      |                                                       |       |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |       |
|                             |                                                       |       |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       | 印     |

(A4)

①～③の欄は、医療を受けた者の「氏名」「性別」「生年月日」「現住所」を記入してください。

④の欄は、予防接種後に生じた健康被害とみられる症状や疾病の名称を記入してください。(申請に関係ない疾病等(検査病名、増悪のない基礎疾患等)は記入しないでください。適当な名称がない場合は、症状を簡潔に記入してください。)

⑤の欄は、疾病について、医療を受けた日数を1か月ごとに入院日数及び入院外診療実日数別に記入してください。

⑥の欄は、医療を受けた者が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。

⑦の欄は、予防接種後副反応疑い報告を報告した日を記入してください。

※予防接種法に基づく医師等の報告のお願い(厚生労働省ホームページ)

## 受診証明書「④申請に係る症状又は疾病の名称」について

予防接種健康被害救済制度の申請に係る症状や疾病の名称を記入してください。

申請に関係ない疾病等（検査病名、増悪のない基礎疾患等）は記入しないでください。

適当な名称がない場合は、症状を簡潔に記入してください。

複数の症状名を記入することも可能です。

薬局にて証明いただく場合も、疾病名の記載は必要です。疾病名が不明な場合は、処方箋を作成した医療機関等に確認してください。

**予防接種との因果関係については、国の審議会で判断することとなるため、医師が予防接種との因果関係を証明する必要はありません。**

## 受診証明書「⑤医療を受けた日数」について

疾病について、医療を受けた日数を1か月ごとに入院日数及び入院外診療実日数別に記入してください。

医療手当は、月を単位として支給されますので、月別の受診・入院日数が必要です。年単位でまとめることはできません。

**申請に関係ない疾病等（検査病名、増悪のない基礎疾患等）は日数に含めないでください。**

同日に入院と通院どちらもある場合は「入院1日」とカウントしてください。

欄が足りない場合は、余白に記入するか、別紙を作成してください。

## 受診証明書「⑥患者負担額」について

医療を受けた者が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。

**持病等に係る医療費は除き、申請する疾病等に係る医療費のみを計上してください。**

**差額ベッド、薬の容器、文書代等の保険適用外の場合は除いてください。**

食事療法費標準負担額は給付の対象となります。

## ※「特殊医療費分」について

特殊医療費分とは、免疫学的諸検査であって医療保険対象外の医療をいいます。

各検査の上限額は以下のとおりです。

| 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 populations 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 |

| 種類                           | 具体的な内容                                                                                                                  | 上限額     |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 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 Random 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 |

## 領収書等について

医療機関にかかった日数、医療費の自己負担額が確認できる領収書の写しを提出してください。

領収書紛失した場合は、医療機関から再発行していただくか、領収書に代わる書類（支払証明書）を発行していただき提出してください。

支払証明書の発行にあたっては、保険診療分と保険外診療分を分けて記載してもらうか、診療明細書を添付してもらうよう医療機関に依頼してください。

**再発行等にかかる費用は自己負担となります。**

## 接種済証について

接種済証の写しを提出してください。

紛失した場合は熊本市感染症予防課（電話 096-364-3189）までご相談ください。

新型コロナワクチン特例臨時接種（令和5年度までの接種）については、接種券の右側が接種済証になっています。

|                                                   |  |
|---------------------------------------------------|--|
| あなたの接種券番号（10桁）                                    |  |
| 0123456789                                        |  |
| 新型コロナウイルスの<br><b>4回目接種</b><br>が受けられます。費用負担はありません。 |  |
| 接種を受けるときは、【この用紙・予診票・本人確認書類】を忘れずにお持ちください。          |  |

860-8601  
熊本市中央区手取本町1番1号  
熊本 太郎 様

|       |                 |
|-------|-----------------|
| 接 種 券 |                 |
| 券 種   | 2；（□予診のみ） 4；4回目 |
| 請 求 先 | 熊本市 熊本市 431001  |
| 券 番 号 | 0123456789      |
| 氏 名   | 熊本 太郎           |

244310010123456789

|               |                 |
|---------------|-----------------|
| 診察したが接種できない場合 |                 |
| 券 種           | 1；（■予診のみ） 4；4回目 |
| 請 求 先         | 熊本市 熊本市 431001  |
| 券 番 号         | 0123456789      |
| 氏 名           | 熊本 太郎           |

144310010123456789

|                                                                     |       |
|---------------------------------------------------------------------|-------|
| 新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証（臨時）<br>Certificate of Vaccination for COVID-19 |       |
| 4回目<br>接種年月日                                                        | 年 月 日 |
| メーカー / Lot No.<br>（シール貼付け）                                          |       |

0123456789

|      |                |
|------|----------------|
| 氏 名  | 熊本 太郎          |
| 住 所  | 熊本市中央区手取本町1番1号 |
| 生年月日 | 1980年1月1日生     |

接種を受ける方へ

- シールは剥がさず、台紙ごと接種会場へお持ちください。
- 右側の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管してください。

熊本市熊本市長

## 診療録等について

申請する疾病の発病年月日、その症状を証する医師の作成した診療録（サマリー、検査結果報告、写真等を含む）の写しを提出してください。

発行については、受診した医療機関に請求してください。

申請する疾病について複数の医療機関で診療を受けた場合は、複数の医療機関の診療録が必要な場合があります。

**発行に係る費用は自己負担となります。**

## ※未支給給付請求書について

亡くなった方の医療費・医療手当を請求する場合に提出が必要です。

亡くなった方の医療費・医療手当を支給することができるのは、1. 配偶者、2. 子、3. 父母、4. 孫、5. 祖父母または兄弟姉妹であって、亡くなった方の死亡当時に生計を同じくしていた方に限られます。

※数字は請求順位

⑩欄は、給付の種類「医療費・医療手当または障害年金」を記入してください。医療費・医療手当の場合は、請求金額も併せて記入してください。

### 予防接種健康被害救済制度 未支給給付請求書

|                                                                                                              |          |                                                            |  |      |   |   |        |  |  |   |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------|--|------|---|---|--------|--|--|---|---|---|
| ① 個人番号                                                                                                       |          |                                                            |  |      |   |   |        |  |  |   |   |   |
| ② ふりがな氏名                                                                                                     |          |                                                            |  | ③ 性別 | 男 | 女 | ④ 生年月日 |  |  | 年 | 月 | 日 |
| ⑤ 現住所                                                                                                        |          |                                                            |  |      |   |   |        |  |  |   |   |   |
| ⑥ 支給前死亡者の身分関係                                                                                                |          |                                                            |  |      |   |   |        |  |  |   |   |   |
| 支給前死亡者                                                                                                       | ⑦ ふりがな氏名 |                                                            |  | ⑧ 性別 | 男 | 女 | ⑨ 生年月日 |  |  | 年 | 月 | 日 |
|                                                                                                              | ⑩ 死亡時の住所 |                                                            |  |      |   |   |        |  |  |   |   |   |
|                                                                                                              | ⑪ 死亡年月日  |                                                            |  | 年    | 月 | 日 |        |  |  |   |   |   |
| ⑫ 未支給の給付の種類及びその額                                                                                             |          |                                                            |  |      |   |   |        |  |  |   |   |   |
| <p>上記のとおり、予防接種による健康被害に関する給付のうち、未支給分の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p> |          |                                                            |  |      |   |   |        |  |  |   |   |   |
| ⑬ 同意欄                                                                                                        |          | <p>私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。</p> <p>本人署名 _____ 印</p> |  |      |   |   |        |  |  |   |   |   |

## 注意事項

認定の可否が決定するまで、１年以上かかることがあります。

提出書類の中には、受診証明書や診療録など発行に費用がかかるものがありますが、この費用は申請者の自己負担になります。

請求書、受診証明書、診断書以外の書類は、写し（コピー）を提出してください。

申請書受理後に追加資料等の提出が必要な場合があります。

## 申請書送付先

〒８６２－０９７１

熊本市中央区大江５丁目１－１ ウェルパルクまもと

熊本市感染症予防課 健康被害救済制度担当 宛

## よくあるご質問

どのような場合に救済制度を申請できますか？

接種後比較的早い時期に起こるアナフィラキシー、接種が原因と考えられる継続して治療が必要な病気や障害、死亡など、ワクチン接種後に健康被害が発生した方が申請の対象であり、一時的な発熱や接種部位の腫れ・痛みなどの予防接種で通常起こりうる副反応については、一般的に救済の対象にならないとされています。

医療機関からワクチン接種との因果関係は不明と言われましたが、申請はできますか？

予防接種と健康被害の因果関係の有無は、申請後に厚生労働省の疾病・障害認定審査会が判断するため、診療した医師がワクチン接種と因果関係を認める必要はありません。医療機関から診療録と受診証明書等を発行していただき、救済制度を申請することが可能です。

受診証明書や診療録などの文書料は請求できますか？

申請者の自己負担となるため、請求することはできません。

数か所の医療機関を受診しましたが、すべての診療録が必要ですか？

基本的にすべての医療機関の診療録が必要です。ワクチンを接種してからどのような健康被害が発生したかなどを判断するためには、ワクチン接種前後の状況が分かる必要があるため、初診からの経過が必要となります。なお、紹介で次の医療機関を受診した場合、紹介先に紹介状や経過検査データがあり次の医療機関の診療録内に記載されている場合は、紹介元の医療機関から提出※すべての医療費を請求される際は、各医療機関・薬局の受診証明書が必要です。

どのタイミングで申請するのがよいですか？

症状や治療の状況によっては、病名が変更になる方、転院等により状況が変わる方がいます。この制度は認定された疾病が給付対象となるため、申請後に新たな病名がついた場合は、改めて申請いただく必要があります。その場合、受診証明書や診療録等も再び必要となりますので、症状が安定してから、又は治療が終わったタイミングでの申請をお勧めします。

認定の可否は誰が行うのですか？

予防接種・感染症・医療・法律の専門家により構成される厚生労働省の疾病・障害認定審査会で、ワクチン接種と健康被害の因果関係を判断する審査が行われ、その結果を踏まえ、厚生労働大臣が決定します。

どのような健康被害が認定されていますか？

厚生労働省の疾病・障害認定審査会の審議結果に認定状況が掲載されています。

疾病・障害認定審査会（感染症・予防接種審査分科会新型コロナウイルス感染症予防接種健康被害審査部会） [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-shippei\\_127696\\_00006.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-shippei_127696_00006.html)

## 【参考資料】

予防接種健康被害救済制度について（厚生労働省ホームページ）

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine\\_kenkouhigaikyusai.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_kenkouhigaikyusai.html)

リーフレット「予防接種後健康被害救済制度について」

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000912784.pdf>

疾病・障害認定審査会（感染症・予防接種審査分科会新型コロナウイルス感染症予防接種健康被害審査部会）

[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-shippei\\_127696\\_00006.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-shippei_127696_00006.html)

予防接種法に基づく医師等の報告のお願い（厚生労働省ホームページ）

[https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou20/hukuhannou\\_houkoku/index.html](https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou20/hukuhannou_houkoku/index.html)