【医療費・医療手当申請用】

# 新型コロナウイルスワクチン接種に係る健康被害救済制度

健康被害が予防接種によるものであると厚生労働大臣が認定したときは、予防接種法に基づく救済（医療費・障害年金等の給付）が受けられます。

## １　健康被害救済制度について

一般的に、ワクチン接種では、一時的な発熱や接種部位の腫れ・痛みなどの、比較的よく起こる副反応以外にも、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）が生じることがあります。極めて稀ではあるもののなくすことができないことから、救済制度が設けられています。

救済制度では、予防接種によって健康被害が生じ、医療機関での治療が必要になったり、障害が残ったりした場合に、その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、予防接種法に基づく救済（医療費・障害年金等の給付）が受けられます。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国の審査会で、因果関係を判断する審査が行われます。

※　制度の詳細については、厚生労働省のホームページを御参照ください。

請求者は、給付の種類に応じ、塩尻市に請求をします。

塩尻市では、請求書を受理した後、塩尻市予防接種事故対策調査会において、医学的な見地から当該事例について調査し、因果関係が確認されたものについて、県を通じて国へ進達をします。

国は、疾病・障害認定審査会に諮問し、答申を受け、県を通じて本市に通知をします。

その後、給付が認められた事例に対して給付が行われます。

## ２　給付の種類

| 給付額（令和５年４月現在） | | |
|---|---|---|
| **給付の種類** | **説明** | **給付額** |
| 医療費 | かかった医療費の自己負担分 | 健康保険等による給付の額を除いた自己負担分<br>**※差額ベッド、文書代等の保険適用外のものは、対象外です。** |
| 医療手当 | 入院通院に必要な諸経費（月単位で支給） | 通院３日未満（月額）35,800 円<br>通院３日以上（月額）37,800 円<br>入院８日未満（月額）35,800 円<br>入院８日以上（月額）37,800 円<br>同一月入通院（月額）37,800 円 |
| 障害児養育年金 | 政令で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 | １級　（年額）1,617,600 円<br>２級　（年額）1,293,600 円 |
| 障害年金 | 政令で定める程度の障害の状態にある 18 歳以上の者に支給 | １級　（年額）5,175,600 円<br>２級　（年額）4,138,800 円<br>３級　（年額）3,104,400 円 |
| 死亡一時金 | 死亡した方の遺族に支給 | 45,300,000 円 |
| 葬祭料 | 死亡した方の葬祭を行う者に支給 | 212,000 円 |

※2023 年４月改定　給付の額が変更されることがあります。

※通院・入院や死亡等のあった年月における額が適用されます。

※事例により、表の給付額と異なる場合があります。

## ３　申請時必要書類

【注意事項】

後日、追加資料を提出していただく場合があります。

(1) 提出書類は発行に費用が生じるものもあります。(費用は請求者の負担です。)

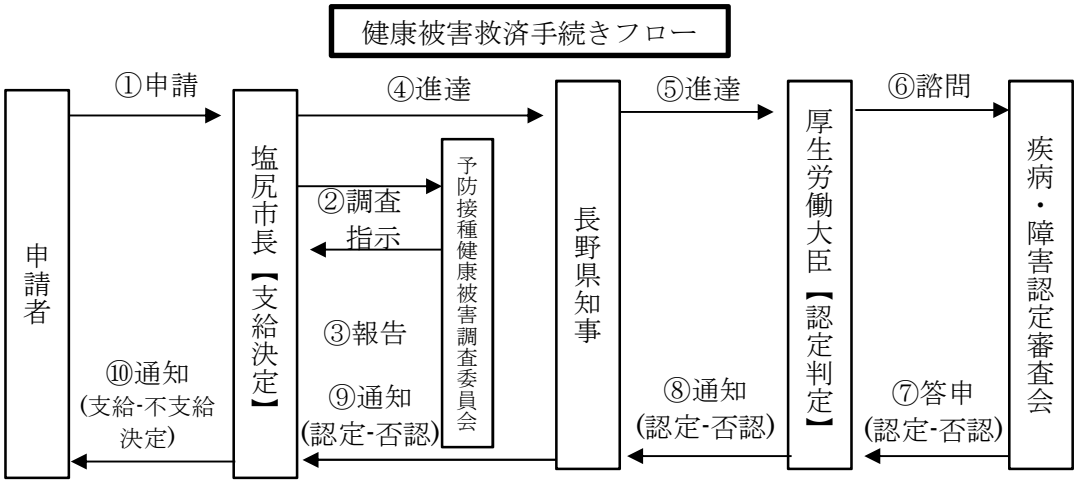
(2) 通常、国が申請を受理してから、疾病・障害認定審査会における審議結果を県知事に通知するまで、４か月～１年程度の期間を要します。

### ○医療費・医療手当の申請

【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

**必要書類一覧**

| | 書　　類 | 備　　考 |
|---|---|---|
| 1 | 医療費・医療手当請求書<br>【別紙１】 | ①欄及び⑱欄は記載不要です。<br>⑯欄は健康保険適用以外の費用については、健康被害救済制度の対象になりません。 |
| 2 | 医療機関または薬局で作成された受診証明書<br>【別紙２-(1)】 | **受診された医療機関・薬局に作成を依頼してください。**<br>・同一日に複数の機関で医療を受けた場合は１日とします。<br>・複数の機関で医療を受けた後、同日に入院した場合は、外来０日、入院１日とします。 |
| 3 | 領収書等 | 医療費を自己負担した金額が分かるもの |
| 4 | 予診票の写し | **接種した医療機関等に請求してください。** |
| 5 | 接種済証 | 一般的なものは、接種券と一体になっている用紙です。 |
| 6 | 疾病の発病年月日及びその症状を証する医師の作成した診療録の写し<br>または<br>【様式 6-1-1】 | **受診された医療機関に請求してください。**<br>(治療内容、経過、検査結果、写真等を含みます。)<br>**アナフィラキシー等の即時型アレルギー(※)の場合、医師が記載した様式【様式 6-1-1】をもって診療録の写しに代えることができます。**<br>(※)即時型アレルギーとは、接種後４時間以内に発症し、接種日を含め７日以内に治癒・終診したものに限ります。また、症状が接種前から継続している場合や、ワクチン接種以外の原因によると記載医が判断した場合は含めません。 |



【記載例】

別紙1

# 医療費・医療手当請求書

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ①個人番号 | 【記載不要】 | | | | |
| ②ふりがな<br>氏名 | しおじり　たろう<br>塩尻　太郎 | 男（○）<br>女 | ③生年月日 | 昭和●● 年　● 月　● 日 | |
| ④現住所 | 塩尻市大門七番町３番３号 | | ⑤世帯主氏名 | 塩尻　太郎 | 続柄　本人 |
| 受けた予防接種 ⑥種類 | 新型コロナワクチン、臨時 | | ⑦実施年月日 | 令和● 年　● 月　● 日 | |
| 受けた予防接種 ⑧実施者 | 塩尻市長 | | ⑨実施場所 | 塩尻市保健福祉センター<br>●●病院など | |
| 受けた予防接種 ⑩居住地 | ワクチン接種を受けた当時の居住地を記入 | | | | |
| 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 | 請求に係る疾病について、医療を受けた医療機関の名称<br>●●病院、●●クリニックなど | | | | |
| | 長野県塩尻市大字●●１２３番地 | | | | |

| ⑭医療を受けた日数 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ● 年●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 | ● 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| | 入院日数 | ● 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ⑮看護移送等についてはその内容 | 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か否かの別を記入 | | | |
| ⑯患者負担額 | 予防接種医療費 | | | |
| | 特殊医療費を請求する場合と医療保険等自己負担分の合計を記載　●●,●●● 円 | | | |
| | 内訳 | | | |
| | 特殊医療費分 | 免疫学的諸検査であって、医療保険対象外の医療費を請求する場合　円 | 医療保険等自己負担額分 | 【健康保険適用分の自己負担のみ】<br>●●,●●● 円 |
| ⑰医療手当請求額 | 【２　給付の種類参照】　通院３日未満（月額）　35,000 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。

令和　●年　●月　●日 ←医療費・医療手当請求書を提出する日付を記載

請求者氏名　塩尻　太郎

市町村長　殿

| | |
|---|---|
| ⑱同意欄 | 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　【記載不要】　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） |

（A4）