

新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済等に関する特別措置法等の施行について（平成21年12月4日付け健発1204第5号厚生労働省健康局長通知） 関係

① ふりがな 氏名		-----	男女	② 生年月日	年	月	日
③ 現住所			④ 世帯主氏名			続柄	
受けた 予防接種	種類	新型インフルエンザ		⑤ 実施年月日	年	月	日
	⑥ 実施市区町村			⑦ 実施場所			
	⑧ 居住地						
⑨ 医療保険等の種類		健保、国保、その他()		⑩被保険者本人 (組合員本人) 被扶養者の別	本人	被扶養者	
⑪ 医療を受けた医療機関 の名称及び所在地		-----					
⑫ 医療を受けた日数			月分	月分	月分		
		入院外 診療実日	日	日	日		
		入院日数	日	日	日		
⑬ 看護移送等について はその内容							
⑭ 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			
⑮ 医療手当請求額		円					
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>厚生労働大臣 殿</p>							

(注意)

- 1 ①～③欄は、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者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 2 ④の欄は、1の医療を受けた者の属する世帯主の氏名及び続柄を記入してください。
- 3 ⑤～⑧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。
 - (1) 「⑤実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
 - (2) 「⑥実施市町村」は、当該予防接種を受けた医療機関の所在する市区町村を記入してください。
 - (3) 「⑦実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
 - (4) 「⑧居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
- ⑨及び⑩は1に記入した者又はその者を扶養する者の加入している医療保険等について、次により記入してください。
 - (1) ⑨の欄は、健康保険、国民健康保険、その他の該当するものを「○」でかこみ、その他に該当するときは、()に種類を記入してください。
 - (2) ⑩の欄は、①に記入した者が被保険者又は組合員本人であるか、被扶養者であるかの別を「○」でかこんでください。
- 5 ⑪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。
- 6 ⑫の欄は、医療手当の請求に係る医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数又は入院外診療日数別に記入してください。
- 7 ⑬の欄は、看護、移送を行った時は、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してください。
- 8 ⑭の予防接種医療費の欄は、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、医療保険対象外であるもの。)及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。
- 9 ⑮の欄は、医療手当の請求額を記入してください。
- 10 医療手当のみの請求の場合は、⑨、⑩、⑬及び⑭の欄の記載は不要です。

受 診 証 明 書

予防接種健康 被害認定申請用

① ふりがな 氏 名		男 女	② 生 年 月 日	年	月	日
③ 現 住 所						
④ 疾 病 名						
⑤ 医療を受けた日数		月分	月分	月分		
	入 院 外 診 療 実 日 数	日	日	日		
	入 院 日 数	日	日	日		
⑥ 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		
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						

(A4)

(注 意)

- 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。
- 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。
- ④の欄は、疾病名を記入してください。
- ⑤の欄は、疾病について、医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数及び入院外診療実日数別に記入してください。
- 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、医療保険対象外であるもの)及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。

受 診 証 明 書

① ふりがな 氏名			② 生年月日	年 月 日	
	男	女			
③ 現住所					
④ 予防接種を受けたこと による疾病の名称					
⑤ 医療を受けた日数		月分	月分	月分	
	入院外 診療実日数	日	日	日	
	入院日数	日	日	日	
⑥ 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	
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					

(A4)

(注 意)

- 1 予防接種被害者健康手帳により、認定疾病名を確認のうえ記入してください。
- 2 ①～③の欄は、予防接種を受けたことによる疾病(認定疾病が原因となって併発した疾病を含む。以下同じ。)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ください。
- 3 ④の欄は、予防接種を受けたことによる疾病名を記入してください。
- 4 ⑤の欄は、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の予防接種医療費の欄は、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。

障害児養育年金請求書

① ふりがな 氏名		男女	② 生年月日	年月日	③障害児との 関係
③ 現住所					
⑤ ふりがな 障害児氏名		男女	⑥ 生年月日	年月日	
⑦ 障害児の現住所					
受けた 予防接種	種類	新型インフルエンザ		⑧ 実施年月日	年月日
	⑨ 実施市区町村			⑩ 実施場所	
	⑪ 居住地				
⑫ 当該疾病につき初めて 診療を受けた年月日		年月日		⑬ 初めて診療を受けた医 療機関の名称及び所 在地	
⑭ 経過及び障害の現況					
⑮ 障害該当年月日					
⑯ 施設収容の有無及 び施設名		有 期間 無 施設名		年月日から 年月まで	
上記のとおり、予防接種を受けたことによる障害について、障害児養育年金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。					
令和 年 月 日					
請求者氏名					
厚生労働大臣 殿					

(A4)

(注 意)

- ①、②及び④の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- ③の欄は、請求者と障害児との関係を記入してください。
- ⑤～⑦の欄は、障害児の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- ⑧～⑪の欄は、障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。
 - 「⑨実施市区町村」は、当該予防接種を受けた医療機関が所在する市区町村を記入してください。
 - 「⑩実施場所」は、予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
 - 「⑪居住地」は、予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
- ⑫及び⑬の欄は、障害の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及び所在地を記入してください。
- ⑭の欄は、障害の状態となるまでの経過及び障害の現況を具体的に記入してください。
- ⑮の欄は、障害の状態となった年月日を記入してください。
- ⑯の欄は、重症心身障害児施設等の施設に入所している場合には「有」を、施設に入所していない場合には「無」を「○」でかこんでください。また、入所している場合には、その期間及び施設名を記入してく

障害年金請求書

① ふりがな 氏名		男女	② 生年月日	年	月	日
③ 現住所			④ 世帯主氏名		続柄	
受けた 予防接種	種類	新型インフルエンザ		⑤ 実施年月日	年	月 日
	⑥ 実施市区町村			⑦ 実施場所		
	⑧ 居住地					
⑨ 当該疾病につき初めて診療を受けた年月日		年	月	日	⑩ 初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地	
⑪ 経過及び障害の現況						
⑫ 障害該当年月日		年 月 日				
⑬ 施設収容の有無及び施設名		有・無	期間	年 月から	年 月まで	施設名
<p>上記のとおり、予防接種を受けたことによる障害について、障害年金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>厚生労働大臣 殿</p>						

(A4)

(注意)

- 1 ①～③の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入して下さい。
- 2 ④の欄は、①に記入した者の属する世帯主の氏名及び続柄を記入してください。
- 3 ⑤～⑧の欄は、障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。
 - (1) 「⑤実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
 - (2) 「⑥実施市区町村」は、当該予防接種を受けた医療機関の所在する市区町村を記入してください。
 - (3) 「⑦実施場所」は、予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
 - (4) 「⑧居住地」は、予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
- 4 ⑨及び⑩の欄は、障害の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及び所在地を記入してください。
- 5 ⑪の欄は、障害の状態となるまでの経過及び障害の現況を具体的に記入してください。
- 6 ⑫の欄は、障害の状態となった年月日を記入して下さい。
- 7 ⑬の欄は、重症心身障害者施設等の施設に入所している場合には、「有」を、施設に入所していない場合には「無」を「○」でかこんで下さい。また、入所している場合には、その期間及び施設名を記入して下さい。

障害児養育年金 年金額変更請求書
障 害 年 金

① ふりがな 氏 名		男 女	② 生 年 月 日	年 月 日
③ 現 住 所				
④ 現に支給を受けている年金	(等 級) 級 (年金証書番号)			
⑤ 他の等級への該当年月日	年 月 日			
⑥ 障害の程度が変化 するに至った経過及 び障害の現況				
上記のとおり、 年金額を変更されたく、必要書類を添えて請求します。				
令和 年 月 日				
請求者氏名				
厚生労働大臣 殿				

(A4)

(注意)

- 1 ①～③の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入して下さい。
- 2 ④の欄は、現に支給を受けている障害年金について、障害等級及び年金証書番号を記入して下さい。
- 3 ⑤の欄は、他の障害等級への該当年月日を記入して下さい。
- 4 ⑥の欄は、障害の程度が変化するに至った経過及び障害の現況を具体的に記入して下さい。

遺族年金
遺族一時金 請求書

① ふりがな 氏名		.....	男女	② 生年月日	年 月 日
③ 現住所					
④ 死亡者との身分関係					
⑤ ふりがな 死亡者氏名		.....	男女	⑥ 生年月日	年 月 日
受けた 予防接種	種類	新型インフルエンザ		⑦実施 年月日	年 月 日
	⑧ 実施市区町村			⑨ 実施場所	
	⑩ 居住地				
⑪当該疾病につき初めて診療を受けた年月日		年 月 日	⑫初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地		
⑬経過					
⑭ 死亡年月日		年 月 日	⑮死亡の当時診療を受けていた医療機関の名称及び所在地		
⑯施設収容の有無及び施設名		有 ・ 無	期間 施設名	年 月から 年 月まで	
⑰ 遺族の状況	氏名	生年月日	⑰の死亡者との身分関係	現住所	備考
		・			
		・			
		・			
⑱死亡者と請求者との生計維持関係		1 同居 2 同居していない	死亡者が請求者の生活費を	〔 1 全額負担 2 一部負担 3 負担なし 〕	
		その他参考となる事項:			
⑲障害年金受給の有無		有 (年 月から 年 月まで) ・ 無			
<p>上記のとおり、予防接種を受けたことによる死亡について、遺族年金・遺族一時金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します(※遺族年金と遺族一時金のうち、請求する区分を○で囲んでください。)</p> <p>令和 年 月 日 請求者氏名</p> <p>厚生労働大臣 殿</p>					

(注意)

- 1 ①～③欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 2 ④の欄は、夫、妻などの死亡者との具体的関係を記入して下さい。
- 3 ⑤及び⑥の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入して下さい。
- 4 ⑦～⑩の欄は、死亡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。
 - (1) 「⑦実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入して下さい。
 - (2) 「⑧実施市区町村」は、当該予防接種を受けた医療機関の所在する市区町村を記入してください。
 - (3) 「⑨実施場所」は当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
 - (4) 「⑩居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
- 5 ⑪及び⑫の欄は、死亡の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及びその所在地を記入してください。
- 6 ⑬の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
- 7 ⑭及び⑮の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際受けていた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
- 8 ⑯の欄は、重症心身障害者施設等の施設に入所している場合には「有」を、施設に入所していない場合には施設に入所していない場合には「無」を「○」でかこんで下さい。また、入所している場合には、その期間及び施設名を記入してください。
- 9 ⑰の欄は、死亡者の遺族の状況を記入してください。
- 10 ⑱の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について該当するものを「○」でかこみ、同居の場合には、さらに〔 〕内の該当するものを「○」でかこんでください。
また、その他参考となる事項があれば記入してください。
- 11 ⑲の欄は、死亡した者の障害年金の受給の有無について記入してください。
- 12 支給を受けるべき者が2人以上あるときは連名で請求するようにしてください。

遺族年金請求書（胎児用）

① ふりがな 氏名	-----		男女	② 生年月日	年 月 日
③ 現住所					
④ 死亡者との 身分関係					
⑤ ふりがな 死亡者氏名	-----		男女	⑥ 生年月日	年 月 日
⑦ 死亡者が死亡 の当時有してい た住所				⑧ 死亡年月日	年 月 日
⑨ 既に遺族年金の 支給決定を受けて いる遺族	氏名	生年月日	⑦の死亡 者との 身分関係	現住所	年金証書番号
		..			
		..			
		..			
		..			
<p>上記のとおり、予防接種を受けたことによる死亡について、遺族年金の支給を受けたく、 必要書類を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p>					

(A4)

(注 意)

- 1 ①～③の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 2 ④の欄は、長男、次男などの死亡者との具体的関係を記入してください。
- 3 ⑤及び⑥の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
- 4 ⑦及び⑧の欄は、死亡者が死亡の当時有していた住所、死亡年月日を記入してください。
- 5 ⑨の欄は、死亡者について、既に遺族年金の支給を受けている遺族について記入してください。

① ふりがな 氏名	-----		男女	② 生年月日	年 月 日
③ 現住所					
④ 死亡者との 身分関係					
⑤ ふりがな 死亡者氏名	-----		男女	⑥ 生年月日	年 月 日
⑦ 死亡者が死亡の 当時有していた 住所				⑧ 死亡年月日	年 月 日
⑨ 遺族の状況	氏名	生年月日	⑤の死亡者 との身分関係	現住所	
		・ ・			
		・ ・			
		・ ・			
⑩ 遺族年金を受ける ことができた先順位 者の状況	氏名	生年月日	死亡年月日	死亡の当時 有していた住所	年金証書番号
		・ ・			
		・ ・			
		・ ・			
⑪ 死亡者と 請求者との 生計維持関係	1 同居 2 同居していない		死亡者が請求者 の生活費を	1 全額負担 2 一部負担 3 負担なし	
	その他参考となる事項:				
<p>上記のとおり、予防接種を受けたことによる死亡について、遺族年金の支給を受けたく、 必要書類を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>厚生労働大臣 殿</p>					

(A4)

(注 意)

- ①～③の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- ④の欄は、長男、次男などの死亡者との具体的関係を記入してください。
- ⑤及び⑥の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
- ⑦及び⑧の欄は、死亡者が死亡の当時有していた住所、死亡年月日を記入してください。
- ⑨の欄は、請求者以外の遺族年金を受けることができる遺族について記入してください。
- ⑩の欄は、⑤の死亡者の死亡に関して遺族年金の支給を受けることができた先順位の遺族について記入してください。
- ⑪の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について、該当するものを「○」でかこみ、同居の場合には、さらに()内の該当するものを「○」でかこんでください。
また、その他参考となる事項があれば記入してください。

遺族一時金請求書（差額一時金用）

① ふりがな 氏名	-----		男女	② 生年月日	年 月 日
③ 現住所					
④ 死亡者との 身分関係					
⑤ ふりがな 死亡者氏名	-----		男女	⑥ 生年月日	年 月 日
⑦ 死亡者が死亡の当 時有していた住所				⑧ 死亡年月日	年 月 日
⑨ 遺族の状況	氏名	生年月日	⑦の死亡者 との身分関係	現住所	
		..			
		..			
		..			
⑩ 遺族年金を受けてい た者の状況	氏名	生年月日	死亡年月日	死亡の当時 有していた住所	年金証書番号
		..			
		..			
		..			
⑪ 死亡者と請求 者との生計維持 関係	1 同居 2 同居していない		死亡者が請求者 の生活費を	1 全額負担 2 一部負担 3 負担なし	
	その他参考となる事項:				
<p>上記のとおり、予防接種を受けたことによる死亡について、遺族一時金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p>					

(A4)

(注 意)

- ①～③の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- ④の欄は、長男、次男などの死亡者との具体的関係を記入してください。
- ⑤及び⑥の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
- ⑦及び⑧の欄は、死亡者が死亡の当時有していた住所、死亡年月日を記入してください。
- ⑨の欄は、請求者以外の遺族年金を受けることができる遺族について記入してください。
- ⑩の欄は、⑤の死亡者の死亡に関して遺族年金の支給を受けていた遺族について記入してください。
- ⑪の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について、該当するものを「○」でかこみ、同居の場合には、さらに()内の該当するものを「○」でかこんでください。
また、その他参考となる事項があれば記入してください。

葬 祭 料 請 求 書

① ふりがな 氏 名		.....	男女	② 生年月日	年 月 日
③ 現住所				④ 死亡した 者との関係	
⑤ ふりがな 死亡者氏名		.....	男女	⑥ 生年月日	年 月 日
受けた 予防接種	種 類	新型インフルエンザ		⑦ 実施年月日	年 月 日
	⑧ 実施市区町村			⑨ 実施場所	
	⑩ 居住地				
⑪ 当該疾病につき 初めて診療を受 けた年月日		年 月 日		⑫ 初めて診療を受 けた医療機関の 名称及び所在地	
⑬ 経 過					
⑭ 死亡年月日		年 月 日		⑮ 死亡の当時診 療を受けていた 医療機関の名称 及び所在地	
⑯ 申請者が葬祭を 行う年月日又は 行った年月日		年 月 日			
<p>上記のとおり、予防接種を受けたことによる死亡について、葬祭料の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>厚生労働大臣 殿</p>					

(A4)

(注 意)

- 1 ①～③の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 2 ④の欄は、請求者と死亡者との関係を記入してください。
- 3 ⑤及び⑥の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
- 4 ⑦～⑩の欄は、死亡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。
 - (1) 「⑦実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
 - (2) 「⑧実施市区町村」は、予防接種を受けた医療機関の所在する市区町村を記入してください。
 - (3) 「⑨実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
 - (4) 「⑩居住地」は、予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
- 5 ⑪及び⑫の欄は、死亡の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及び所在地を記入してください。
- 6 ⑬の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
- 7 ⑭及び⑮の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際診療を受けていた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
- 8 ⑯の欄は、葬祭を行う年月日、又は行った年月日を記入してください。