



(注 意)

1. ~~①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者の個人番号を記入してください。~~
2. ②～④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。
3. ⑤の欄は、2の医療を受けた者の属する世帯の世帯主の氏名及び続柄を記入してください。
4. ⑥～⑩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) 「⑥種類」は、ジフテリア等の対象疾病の種類及び定期、定期外又は臨時の別を「ジフテリア、定期(第1期第1回)」、「〇〇〇、臨時」というように記入してください。
  - (2) 「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。
  - (3) 「⑧実施者」は、実施に当たった市区町村長(を受けた当時の居住地の市区町村長になります)等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、( )の中にその医療機関の名称を記入してください。
  - (4) 「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。
  - (5) 「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、2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) ⑪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) ⑫の欄は、2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。
6. 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。
7. ⑭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実日数別に記入してください。
8. ⑮の欄は、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してください。
9. ⑯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。
10. ⑰の欄は、医療手当の請求額を記入してください。
11. 医療手当のみの請求の場合は、⑪、⑫、⑮及び⑯の欄の記載は不要です。
12. ~~⑱個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。~~

給付の種類と金額(令和4年3月末まで)

種類	内容	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
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)35,000円 通院3日以上(月額)37,000円 入院8日未満(月額)35,000円 入院8日以上(月額)37,000円 同一月入通院(月額)37,000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歳未満の方を養育する方に支給	1級(年額)1,581,600円 2級(年額)1,266,000円
障害年金	政令で定める程度の障害の状態にある18歳以上の方に支給	1級(年額)5,056,800円 2級(年額)4,045,200円 3級(年額)3,034,800円
死亡一時金	死亡した方の遺族に支給	44,200,000円
葬祭料	死亡した方の葬祭を行う方に支給	212,000円
介護加算	施設入所や入院をせず養育している場合には、障害児養育年金または障害年金に加算するもの	1級(年額)844,300円 2級(年額)562,900円

給付の種類と金額(令和4年4月から令和5年3月末まで)

種類	内容	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
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)34,900円 通院3日以上(月額)36,900円 入院8日未満(月額)34,900円 入院8日以上(月額)36,900円 同一月入通院(月額)36,900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歳未満の方を養育する方に支給	1級(年額)1,579,200円 2級(年額)1,263,600円
障害年金	政令で定める程度の障害の状態にある18歳以上の方に支給	1級(年額)5,048,400円 2級(年額)4,039,200円 3級(年額)3,028,800円
死亡一時金	死亡した方の遺族に支給	44,200,000円
葬祭料	死亡した方の葬祭を行う方に支給	212,000円
介護加算	施設入所や入院をせず養育している場合には、障害児養育年金または障害年金に加算するもの	1級(年額)844,300円 2級(年額)562,900円

## 特殊医療費にかかる上限額一覧（免疫学的諸検査一覧）

種類	具体的な内容	上限額
リンパ球(T細胞及びB細胞)サブポピュレーション測定	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
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

- ・ 予防接種法施行令第十条第一項の医療に要した費用の額の算定方法（昭和52年04月28日厚生省告示第103号）
- ・ 予防接種法施行令第四条第一項の医療に要した費用の額の算定方法の制定について（昭和52年04月28日衛発第392号）
- ・ 予防接種法施行令第四条第一項の医療に要した費用の額の算定方法の制定について（昭和52年04月28日衛情第14号）