

新型コロナウイルスワクチン 健康被害救済制度 請求の手引き

令和5年6月30日
静岡県健康福祉部感染症対策局
新型コロナウイルス対策推進課

給付の種類と金額

種別	内容	金額等
医療費	ワクチン接種を受けたことによる健康被害について受けた医療に要した費用	次の金額の合計額 ・公的保険や自治体独自の医療費助成制度による給付後の自己負担額 ・特殊医療費 ※詳細は「医療費医療手当請求書の記載方法」を参照
医療手当	入院・通院等に必要な諸経費	月単位で定額を支給 ※具体的な金額は「医療費医療手当請求書の記載方法」を参照
障害児養育年金	予防接種法施行令別表第1に定める1級、2級の障害の状態により、同令第12条に定められた額	1級:1,617,600円(年額) 2級:1,293,600円(年額) ※上記は令和5年4月1日以降の金額 ※介護加算や特別児童扶養手当等に係る控除の仕組みあり
障害年金	予防接種法施行令別表第2に定める1級、2級、3級の障害の状態により、同令第13条に定められた額	1級:5,175,600円(年額) 2級:4,138,800円(年額) 3級:3,104,400円(年額) ※上記は令和5年4月1日以降の金額 ※介護加算や特別児童扶養手当等に係る控除の仕組みあり
死亡一時金	予防接種を受けたことにより死亡した方の配偶者等への一時金	45,300,000円(令和5年4月1日以後に死亡した場合) 44,200,000円(令和5年3月31日以前に死亡した場合)
葬祭料	予防接種を受けたことにより死亡した方の葬祭費用	212,000円(定額)
未支給給付	給付を受けることができる方が死亡した場合において、その方に支給すべき給付でまだその方に支給していなかったもの	—

請求することができる方①

種別	請求することができる方
医療費及び医療手当	ワクチン接種を受けたことによる疾病について医療を受ける方(被接種者)
障害児養育年金	ワクチン接種を受けたことにより予防接種法施行令別表第1に定める程度の障害の状態にある18歳未満の方を養育する方
障害年金	ワクチン接種を受けたことにより予防接種法施行令別表第2に定める程度の障害の状態にある18歳以上の方
死亡一時金	ワクチン接種を受けたことにより死亡した方の遺族(次に掲げる順位) 1. 配偶者(事実上婚姻関係と同様の事情にあった方を含む) 2. 同一生計の子 3. 同一生計の父母 4. 同一生計の孫 5. 同一生計の祖父母 6. 同一生計の兄弟姉妹 ※上の順位の方を飛び越して、次の順位の方が請求することはできません。
葬祭料	ワクチン接種を受けたことにより死亡した方の葬祭を行う方
未支給給付	死亡した方の遺族(次に掲げる順位) 1. 同一生計の配偶者(事実上婚姻関係と同様の事情にあった方を含む) 2. 同一生計の子 3. 同一生計の父母 4. 同一生計の孫 5. 同一生計の祖父母 6. 同一生計の兄弟姉妹 ※上の順位の方を飛び越して、次の順位の方が請求することはできません。 ※未支給の給付とは、給付を受けることができる方が死亡した場合において、その方に支給すべき給付でまだその方に支給していなかったものがあるときに請求することができます。

請求することができる方②

予防接種法施行令別表第1

等級	障害の状態
一級	<ul style="list-style-type: none">一 両眼の視力の和が〇・〇二以下のもの二 両耳の聴力が、耳殻に接して大声による話をしてもこれを解することができない程度のもの三 両上肢の機能に著しい障害を有するもの四 両下肢の用を全く廃したもの五 体幹の機能に座っていることができない程度の障害を有するもの六 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの七 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの八 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの
二級	<ul style="list-style-type: none">一 両眼の視力の和が〇・〇八以下のもの二 両耳の聴力が、耳殻に接して大声による話をした場合においてのみこれを解することができる程度のもの三 平衡機能に著しい障害を有するもの四 咀嚼そしやく又は言語の機能に著しい障害を有するもの五 一上肢の機能に著しい障害を有するもの六 一下肢の機能に著しい障害を有するもの七 体幹の機能に歩くことができない程度の障害を有するもの八 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの九 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの十 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの

備考 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。

請求することができる方③

予防接種法施行令別表第2

等級	障害の状態
一級	一 両眼の視力が〇・〇二以下のもの 二 両上肢の用を全く廃したもの 三 両下肢の用を全く廃したもの 四 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、労働することを不能ならしめ、かつ、常時の介護を必要とする程度のもの 五 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの 六 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの
二級	一 両眼の視力が〇・〇四以下のもの 二 一眼の視力が〇・〇二以下で、かつ、他眼の視力が〇・〇六以下のもの 三 両耳の聴力が、耳殻に接して大声による話をしてもこれを解することができない程度のもの 四 咀嚼そしやく又は言語の機能を廃したもの 五 一上肢の用を全く廃したもの 六 一下肢の用を全く廃したもの 七 体幹の機能に高度の障害を有するもの 八 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、労働が高度の制限を受けるか、又は労働に高度の制限を加えることを必要とする程度のもの 九 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの 十 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの
三級	一 両眼の視力が〇・一以下のもの 二 両耳の聴力が、四〇センチメートル以上では通常の話声を解することができない程度のもの 三 咀嚼そしやく又は言語の機能に著しい障害を有するもの 四 一上肢の機能に著しい障害を有するもの 五 一下肢の機能に著しい障害を有するもの 六 体幹の機能に著しい障害を有するもの 七 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、労働が著しい制限を受けるか、又は労働に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの 八 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの 九 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの

備考 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。

請求に必要な書類①

①、②、④の様式は厚生労働省のホームページからダウンロードすることができます。

	医療費 医療手当	障害児 養育年金	障害年金	死亡一時金	葬祭料	未支給給付 (医療費医療手当)
①請求書	○	○	○	○	○	○(※1)
②受診証明書	○					○
③領収書等	○					○
④診断書		○	○			
⑤死亡診断書 死体検案書等				○	○	
⑥埋葬許可証等					○	
⑦接種済証、 母子手帳等	○	○	○	○	○	○
⑧診療録等	○	○	○	○	○	○
⑨住民票		○		○		○
⑩戸籍謄本、 保険証等		○		○		○
⑪その他				○(※2)		○(※2)

※1 未支給給付の請求に当たっては、未支給給付請求書に加えて、医療費医療手当請求書も作成・提出する必要があります。

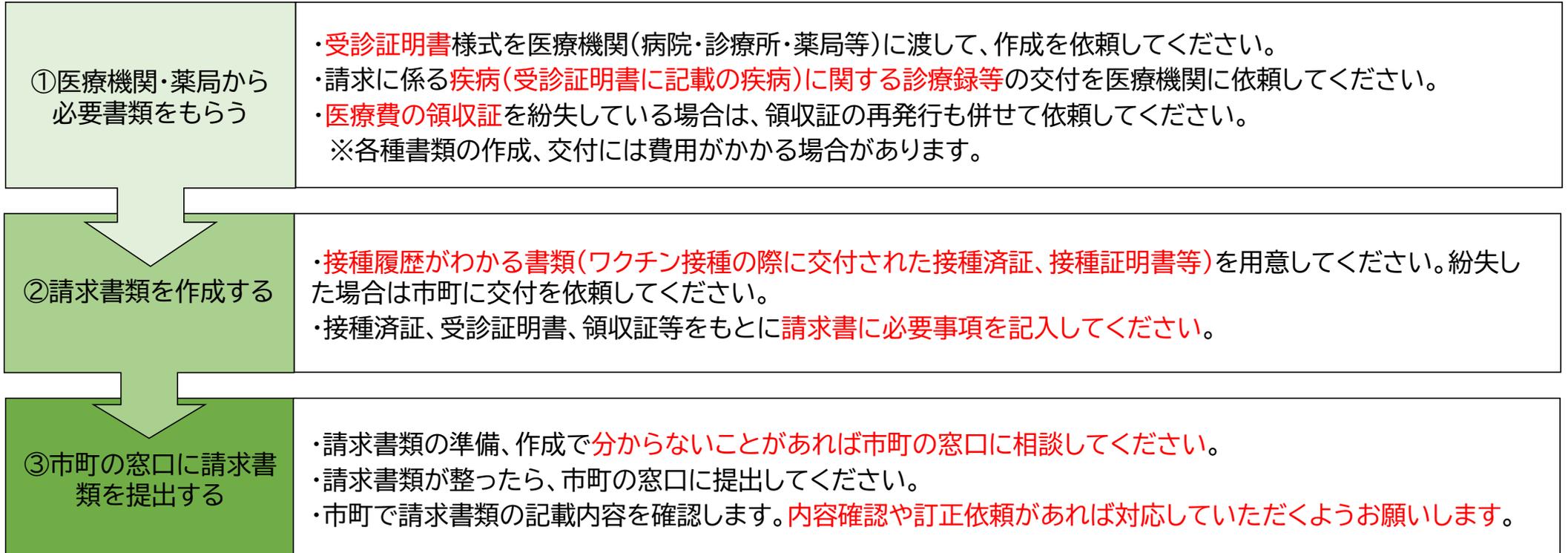
※2 その他:請求者が死亡した方と内縁関係にあった場合、その事実に関する当事者双方の父母等の証明書など

請求に必要な書類②

項目	内容
③領収書等	医療機関、薬局等が発行した支払明細書などの医療費を負担した金額が分かるもの
⑥埋葬許可証等	請求者が死亡した方について葬祭を行う者であることを明らかにすることができる書類(葬儀会社の領収書、葬祭礼状を含む。)
⑧診療録等	<p><医療費・医療手当、未支給給付> 疾病の発症年月日及びその症状を証する医師の作成した書類(サマリー、検査結果報告、写真等を含む) ※アナフィラキシー等の即時型アレルギーに係る請求は様式6-1-1(厚生労働省ホームページでダウンロードできます。)に代えることができる。ただし、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・終診したものに限る。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請求することができない。</p> <p><障害児養育年金・障害年金> 次の事項を証明することができる医師が作成した診断書(診療録、サマリー、検査結果報告、写真等を含む) ・障害児・者が予防接種法施行令別表第1、第2に定める障害の状態に該当するに至った年月日 ・ワクチン接種を受けたことにより障害の状態になったこと</p> <p><死亡一時金・葬祭費> ワクチン接種を受けたことにより死亡したことを証明することができる医師の作成した書類(サマリー、検査結果報告、写真等を含む)</p>
⑨住民票	<p><障害児養育年金> 障害児の属する世帯全員の住民票の写し</p> <p><死亡一時金> 請求者が配偶者以外の場合は、死亡した方の死亡の当時その方と同一生計であったことを明らかにすることができる住民票等の書類</p> <p><未支給給付> 死亡した方の死亡の当時その方と同一生計であったことを明らかにすることができる住民票等の書類</p>
⑩戸籍謄本、保険証等	<p><障害児養育年金> 障害児を養育することを明らかにすることができる書類</p> <p><死亡一時金、未支給給付> 請求者と死亡した方との身分関係を明らかにすることができる戸籍の謄本又は抄本等</p>

請求までの流れ

医療費・医療手当の請求の場合



<注意事項>

- ・救済給付として医療費が支給された場合、その医療費は自己負担がなくなるため、**確定申告における医療費控除は受けることができません。**
(既に医療費控除に含めて確定申告していた場合は、修正申告をしていただく必要があります。)
- ・このため、**医療費の請求を行う場合、その金額は確定申告における医療費控除から除外**していただくようお願いします。

受診証明書の記載方法①

○受診証明書の作成を医療機関(病院・診療所・薬局等)に依頼する際、この説明書を医療機関に渡していただくとスムーズにお手続きいただけます。

○薬局に作成を依頼する場合は、あらかじめ病院又は診療所から受診証明書をもらっておくようにしてください。

◎医療機関におかれましては、受診証明書作成の際、下記を参考にさせていただくようお願いします。

受 診 証 明 書 (予 防 接 種 健 康 被 害 認 定 申 請 用)

①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	入院外診療実日数	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分
	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		
上記のとおり、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

①～③患者の情報を記入してください。

④行った医療(販売した薬剤)に係る疾病名を記入してください。

その際、当該疾病がワクチン接種を受けたことによるものであったかどうかは考慮・判断いただく必要はありません。

薬局におかれては、病院又は診療所が作成した受診証明書に記載されている疾病名を記入してください。

⑤病院又は診療所において医療を行った日数を月ごとに記入してください。欄が足りない場合は別紙に記載しても構いません。

薬局におかれては記入不要です。

⑥「医療費」に記入する金額は「特殊医療費分」と「医療保険等自己負担額分」の合計です。

⑥「特殊医療費分」に記入する金額は、今回の疾病に関して行った免疫学的諸検査であって医療保険対象外のものの負担額です。対象検査と上限額は次ページのとおりです。

⑥「医療保険等自己負担額分」に記入する金額は、保険適用の医療に係る窓口負担額です。

・入院した際の食事療養標準負担額として負担した金額を含みます。

・差額ベッド代や文書料(診断書、証明書等)など医療保険対象外の負担額は含みません。

受診証明書の記載方法②

特殊医療費分に係る諸検査一覧

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。	10,000円
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。	
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。	15,000円
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。	
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

領収証の見方

領 収 証

患者番号		氏 名			請求期間 (入院の場合)		
		様			年 月 日 ~ 年 月 日		
受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
			年 月 日				
保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
病理診断	診断群分類 (DPC)	食事療養	生活療養				
点	点	円	円				
保険外負担	評価療養・選定療養	その他					
	(内訳)	(内訳)					
合 計		保 険	保 険 (食事・生活)	保険外負担			
円	円	円	円	円			
負担額		円	円	円			
円							
領収額合計							
円							

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇〇病院

領収印

マルで囲んでいる部分の合計額が、受診証明書(請求書)の「医療保険等自己負担額分」に記載する金額です。

医療費・医療手当請求書の記載方法①

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			
⑧ 実施者	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

説明	記載例
①被接種者のマイナンバーを記入してください。	
②～⑤被接種者の情報を記入してください。	
⑥接種を受けたワクチンを記入してください。	新型コロナワクチン臨時接種
⑦今回の請求に係る症状が起きたと考えるワクチン接種の年月日を記入してください。	
⑧接種を受けたときに住民票を登録していた市町村長を記入してください。	静岡市長、浜松市長 など
⑨接種を受けた場所(医療機関名、集団接種会場名)を記入してください。	●●病院、静岡市集団接種会場(ツインメッセ)など
⑩接種当時の居住地(住所)を記入してください。	●●市●●町100番地
⑪⑫加入する医療保険について記入してください。	
⑬今回の請求に係る症状について医療を受けた医療機関を記入してください。院外処方の場合は薬局についても記入してください。医療機関が複数ある場合は並べて記入してください。(書き切れない場合は別紙に記載しても可)	●●病院 ●●市●●町200番地 ●●薬局 ●●市●●町300番地
⑭⑬の医療機関で医療を受けた日数を月ごとに記入してください。(薬局は含みません)	

医療費・医療手当請求書の記載方法②

⑮	看護移送等についてはその内容			
		予 防 接 種 医 療 費		
⑯	患者負担額			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
<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>請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p>				
⑱	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> <p>(※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)</p>		

説明	記載例
<p>⑮医師の指示で一時的・緊急的が必要があって看護移送した場合に、医療保険の自己負担分が給付の対象となります。</p> <p>該当がある場合は、移送の具体的な内容と医療保険からの給付状況を記入してください。</p>	<p>●●病院の医師の指示で、入院中の●●病院から▲▲病院へ、緊急的に転院した際の交通費及び看護師付添料協会けんぽから移送費を受給</p>
<p>⑯「予防接種医療費」に記入する金額は「特殊医療費分」と「医療保険等自己負担額分」の合計です。</p>	
<p>⑰「特殊医療費分」に記入する金額は、今回の請求に係る症状に関して行った免疫学的諸検査であって医療保険対象外のものの負担額です。対象検査と上限額は次ページのとおりです。</p>	
<p>⑱「医療保険等自己負担額分」に記入する金額は、⑬に記入した医療機関・薬局での自己負担額です。</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院した際の食事療養標準負担額として負担した金額を含みます。 差額ベッド代や文書料(診断書、証明書等)など医療保険対象外の負担額は含みません。 高額療養費や自治体独自の医療費助成など後日現金支給された(される予定の)給付があれば、<u>その額を差し引いてください</u>。 	
<p>⑰次ページの表を基に、⑭に記入した月ごとの日数に応じて計算した金額の合計を記入してください。</p>	

医療費・医療手当請求書の記載方法③

特殊医療費分に係る諸検査一覧

種類	具体的な内容	上限額
リンパ球(T細胞及びB細胞)サブボリューム測定	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。	10,000円
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。	
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。	
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。	15,000円
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。	
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。	
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

医療手当給付額一覧(医療を受けた日がR5.4.1以降)

入院通院区分	1か月における診療日数	1月当たりの手当の額
通院	3日未満の場合	35,800円
	3日以上の場合	37,800円
入院	8日未満の場合	35,800円
	8日以上の場合	37,800円
入院と通院	それぞれ1日以上の場合	37,800円

※同日に複数の医療機関にかかった場合は1日で計上する。
 ※同日に通院・入院がある場合は入院のみ1日とする。
 ※薬局での薬剤購入は日数に計上しない。

医療費・医療手当請求書の記載方法④

医療手当給付額一覧(医療を受けた日がR4.4.1～R5.3.31)

入院通院区分	1か月における診療日数	1月当たりの手当の額
通院	3日未満の場合	34,900円
	3日以上の場合	36,900円
入院	8日未満の場合	34,900円
	8日以上の場合	36,900円
入院と通院	それぞれ1日以上の場合	36,900円

※同日に複数の医療機関にかかった場合は1日で計上する。
 ※同日に通院・入院がある場合は入院のみ1日とする。
 ※薬局での薬剤購入は日数に計上しない。

医療手当給付額一覧(医療を受けた日がR4.3.31以前)

入院通院区分	1か月における診療日数	1月当たりの手当の額
通院	3日未満の場合	35,000円
	3日以上の場合	37,000円
入院	8日未満の場合	35,000円
	8日以上の場合	37,000円
入院と通院	それぞれ1日以上の場合	37,000円

※同日に複数の医療機関にかかった場合は1日で計上する。
 ※同日に通院・入院がある場合は入院のみ1日とする。
 ※薬局での薬剤購入は日数に計上しない。