

救済給付申請書（PMDA既請求分）

① ふりがな 氏名			男	② 生年月日	年 月 日			
			女					
③ 現住所 電話番号	〒							
	電話番号（自宅）			（携帯）				
PMDAから障害児養育年金・障害年金の認定において疾病に係る医療の期間が示されている方のみ、④～⑩も記入。								
④ 世帯主氏名	続柄							
⑤ 受けた予防接 種の種類			⑥ 接種年月日	1回目	年	月	日	
				2回目	年	月	日	
				3回目	年	月	日	
⑦ 医療保険等の 種類	健保、国保 その他 []			⑧ 被保険者本人（組合員 本人）被扶養者の別		本人 被扶養者		
⑨ 医療を受けた 医療機関の名 称及び所在地								
⑩ 医療を受けた 日数	通院日数	年 月分	年 月分	年 月分				
		日	日	日				
⑪ 患者負担額	医療費（合計）							円
	内訳	特殊医療費分		医療保険等自己負担分				
		円		円				円
自己負担がない場合の理由：								
⑫ 救済給付を受けたく、必要書類を添えて申請します。								
年 月 日								
申請者氏名 (被接種者本人)						印		
山梨県知事 殿								

(注意)

- 1 用紙の規格は、日本工業規格A列4番とする。
- 2 ①～③の欄は、申請に係る疾病について医療を受けた者の氏名、性別、生年月日、現住所及び電話番号を記入する。
- 3 ④～⑩の欄は、PMDA（独立行政法人医薬品医療機器総合機構）から障害児養育年金・障害年金の認定において疾病に係る医療の期間が示されている方のみ記入する。
- 4 ④の欄は、申請に係る疾病について医療を受けた者（①～③の欄）の属する世帯主の氏名及び続柄を記入する。
- 5 ⑤及び⑥の欄は、健康被害の原因となった予防接種について、次により記入する。
「⑤受けた予防接種の種類」は、PMDAの決定通知書の「副作用の原因と考えられる又は推定される医薬品」に記載されているものを記入する。
「⑥接種年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入する。
- 6 ⑦及び⑧は、申請に係る疾病について医療を受けた者（①～③の欄）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、次により記入する。
⑦の欄は、健康保険、国民健康保険、その他の該当するものを「○」で囲み、その他に該当するときは、（ ）に種類を記入する。
⑧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「○」で囲む。
- 7 ⑨の欄は、申請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する。
申請に係る疾病について医療を受けた医療機関が複数ある場合はすべて記入し、書き切れない場合は、「別紙」と記入の上、医療機関一覧を添付する。
- 8 ⑩の欄は、医療手当の申請に係る実通院日数を1か月ごとに記入する。
3か月を超える申請については、右端の欄に「別紙」と記入し、1か月ごとに医療を受けた実通院日数が分かる一覧を添付する。
なお、医療手当の算定における受診日数は診療実日数であるため、薬局から調剤された医薬品の交付を受けた日数については計上しない。
- 9 ⑪の欄は、医療機関に支払った医療保険等の自己負担額の合計（食事療養費、文書料等の医療保険等に該当しないものを除く。）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額を記入する。
自己負担額がない場合は、0円としてその理由を記入する。
なお、特殊医療費を申請する場合は、領収書等詳細が分かる書類を添付する。
- 10 医療手当のみの申請の場合は、⑦、⑧及び⑩の欄の記載は不要である。
- 11 ⑫の日付を申請日とする。
- 12 代筆の場合は、申請者氏名の下部余白に、代筆の旨、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載する。
- 13 この申請書の記載事項については、後日、県が照会した上で補正することがあることに留意する。
- 14 この申請書の記載に当たり不明な点がある場合は、県健康増進課又は最寄りの保健所地域保健課へお問い合わせください。

年 月 日

山梨県知事 殿

住 所 (自宅)	〒		
	TEL	()	
フリガナ 氏 名	印		

口座振込依頼書

私が山梨県から支払われる救済給付について、次のとおり口座振込をしてください。

フリガナ 口座名義 ※被接種者名義 のもの									

金融機関名	銀行 金庫 組合					本店 支店				
	金融機関 コード					本支店 コード				
預金種目	普通 当座	口座番号								

※ ゆうちょ銀行で、通帳の銀行使用欄に店名・店番・預金種目・口座番号が記載されていない場合

記 号 (5桁)		番 号 (8桁)	
-------------	--	-------------	--

※ 太線枠内に記入してください。

(日本工業規格A列4番)

救済給付申請書（PMDA未請求分）

① ふりがな 氏名			男	② 生年月日	年 月 日		
			女				
③ 現住所 電話番号	〒						
	電話番号（自宅）				（携帯）		
④ 世帯主氏名	続柄						
⑤ 受けた予防接 種の種類			⑥ 接種年月日	1回目	年	月	日
				2回目	年	月	日
				3回目	年	月	日
⑦ 医療保険等の 種類	健保、国保 その他〔			⑧ 被保険者本人（組合員 本人）被扶養者の別		本人 被扶養者	
⑨ 医療を受けた 医療機関の名 称及び所在地							
⑩ 医療を受けた 日数	通院日数	年 月分		年 月分		年 月分	
		日		日		日	
	PMDA 医療手当	有 → 書類添付 無	有 → 書類添付 無	有 → 書類添付 無			
⑪ 患者負担額	医療費（合計）						
	円						
	内訳	特殊医療費分		医療保険等自己負担分（PMDA医療費控除）			
円		円					
自己負担がない場合の理由：							
⑫ 救済給付を受けたく、必要書類を添えて申請します。							
年 月 日							
申請者氏名 (被接種者本人)						印	
山梨県知事 殿							

(注意)

- 1 用紙の規格は、日本工業規格A列4番とする。
- 2 ①～③の欄は、申請に係る疾病について医療を受けた者の氏名、性別、生年月日、現住所及び電話番号を記入する。
- 3 ④の欄は、申請に係る疾病について医療を受けた者（①～③の欄）の属する世帯主の氏名及び続柄を記入する。
- 4 ⑤及び⑥の欄は、健康被害の原因となった予防接種について、次により記入する。
「⑤受けた予防接種の種類」は、PMDAの決定通知書の「副作用の原因と考えられる又は推定される医薬品」に記載されているものを記入する。
「⑥接種年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入する。
- 5 ⑦及び⑧は、申請に係る疾病について医療を受けた者（①～③の欄）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、次により記入する。
⑦の欄は、健康保険、国民健康保険、その他の該当するものを「○」で囲み、その他に該当するときは、（ ）に種類を記入する。
⑧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「○」で囲む。
- 6 ⑨の欄は、申請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する。
申請に係る疾病について医療を受けた医療機関が複数ある場合はすべて記入し、書き切れない場合は、「別紙」と記入の上、医療機関一覧を添付する。
- 7 ⑩の欄は、医療手当の申請に係る実通院日数を1か月ごとに記入し、当該月においてPMDAの医療手当を受給し、又は請求する場合は、PMDA医療手当の欄で「有」を選択し、当該事実（支給額・請求額、算定日数）が分かる書類を添付する。
3か月を超える申請については、右端の欄に「別紙」と記入し、1か月ごとに医療を受けた実通院日数並びにPMDA医療手当の受給状況（当該事実が分かる書類を含む。）が分かる一覧を添付する。
なお、医療手当の算定における受診日数は診療実日数であるため、薬局から調剤された医薬品の交付を受けた日数については計上しない。
- 8 ⑪の欄は、医療機関に支払った医療保険等の自己負担額の合計（食事療養費、文書料等の医療保険等に該当しないものを除く。）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額を記入する。ただし、医療機関から証明される通院の医療費の額にPMDAから受給を受け、又はPMDAに請求する額（通院分）を含む場合は、当該医療費分を除いた額を記入し、通院の医療費の内訳（PMDA請求分・県請求分）を添付する。
自己負担額がない場合は、0円としてその理由を記入する。
なお、特殊医療費を申請する場合は、領収書等詳細が分かる書類を添付する。
- 9 医療手当のみの申請の場合は、⑦、⑧及び⑪の欄の記載は不要である。
- 10 ⑫の日付を申請日とする。
- 11 代筆の場合は、申請者氏名の下部余白に、代筆の旨、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載する。
- 12 この申請書の記載事項については、後日、県が照会した上で補正することがあることに留意する。
- 13 この申請書の記載に当たり不明な点がある場合は、県健康増進課又は最寄りの保健所地域保健課へお問い合わせください。

受診証明書

① ふりがな 氏名			男	② 生年月日	年 月 日		
			女				
③ 現住所 電話番号							
	電話番号（自宅）				（携帯）		
④ 疾病名							
⑤ 医療を受けた 日数	通院日数	年 月分	年 月分	年 月分			
		日	日	日			
⑥ 患者負担額	医療費（合計）						
	円						
	内訳	特殊医療費分	医療保険等自己負担分				
円		円					
自己負担がない場合の理由：							
⑦ 上記のとおり、申請に係る疾病について医療を行ったことを証明します。							
年 月 日							
医療機関 名 称							
所在地							
電話番号							
開設者（証明者）							
住 所		法人にあつては、主たる事務所の所在地					
氏 名		法人にあつては、名称及び代表者名					
							印

(注意)

- 1 用紙の規格は、日本工業規格A列4番とする。
- 2 この証明書は、山梨県子宮頸がん予防ワクチン接種後健康被害救済事業の申請手続のために、予防接種を受けたことにより生じた可能性が否定できない疾病について医療を行ったことを証明するものです。
- 3 ①～③の欄は、申請に係る疾病について医療を受けた者の氏名、性別、生年月日、現住所及び電話番号を記入します。
- 4 ④の欄は、原則としてPMDAの決定通知書の「医薬品の副作用による疾病の名称」又は「障害の状態等」に記載されている疾病名を記入します。
- 5 ⑤の欄は、申請に係る疾病について医療を受けた日数を1か月ごとに記入します。
 - ※ 実通院日数を記入します。
 - ※ 3か月を超える証明については、右端の欄に「別紙」と記入し、1か月ごとに医療を受けた実通院日数が分かる一覧（別紙にも証明者の氏名及び押印が必要）を添付します。
 - ※ 医療手当の算定における受診日数は診療実日数としているため、薬局から医薬品の交付を受けた日数については計上されません。薬局の開設者による証明では、通院日数を0日と記入し、調剤した医薬品を交付した日付を下欄に記入します。
 - ※ PMDAの決定通知書が到達した日よりも前の医療について、申請者の手元に領収書の原本がない場合は、医療機関にて日付と医療保険内負担額の分かる内訳明細を発行していただくことや、この受診証明書の⑤医療を受けた日数の欄（点線下）に日付と金額を記入していただく等、その内訳を証明するものがあれば請求可能とされていますので、申請者から相談があった場合は対応願います。
- 6 ⑥の欄は、医療機関に支払った医療保険等の自己負担額の合計（食事療養費、文書料等の医療保険等に該当しないものを除く。）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額を記入します。

高齢者の医療の確保に関する法律や介護保険法の規定により医療に関する給付を受ける場合は、それぞれの法律の規定による医療に要する費用の額の算定方法の例により算定した自己負担額を記入します。

自己負担額がない場合は、0円としてその理由を記入します。

なお、特殊医療費を申請する場合は、領収書等詳細が分かる書類を添付することとしていますので、申請者から相談があった場合は対応願います。
- 7 ⑦の欄に記名・押印する証明者は、診療を担当する医師ではなく医療機関の開設者となります。
- 8 この証明書の記載事項については、後日、県が照会することがあります。