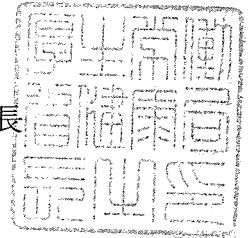


健発 1204 第 7 号
平成 21 年 12 月 4 日

社団法人日本病院会 会長 殿

厚生労働省健康局長



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

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（平成 21 年法律第 98 号。以下「法」という。）、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施行令（平成 21 年政令第 277 号。以下「施行令」という。）、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施行規則（平成 21 年厚生労働省令第 153 号。以下「施行規則」という。）が 12 月 4 日にそれぞれ公布され、いずれも同日に施行されたところである。

その趣旨及び内容のうち、健康被害救済措置については、下記のとおりであり、各種救済給付等の事務に関しては、国が実施主体となって行うものであるが、予防接種後の健康被害発生時において、当該予防接種を受けた者又はその家族等からの、医療の場等を通じた相談対応にご協力いただきたく、貴会に所属する医療機関へ、貴職より周知いただけるよう、よろしくお願い申し上げます。

本救済給付に係る申請方法及び申請先については、別添内容のとおりであるため、相談対応等に際しては、適宜ご教示願いたい。

なお、本日 4 日付け各都道府県知事宛、同旨内容を周知してあることを申し添える。

記

第 1 新型インフルエンザ予防接種に係る予防接種健康被害救済制度

1 考え方

優先接種対象者として国が定めた者又は優先接種対象者以外で接種することを国が定めた者が、国と契約した受託医療機関において予防接種を受け（受託医療機関の医師が受託医療機関以外の場所にて接種した場合を含む）、政令に定める健康被害が生じ

た場合、政令に定めるところにより、その健康被害の状況に応じた給付を行うものであり、その内容は以下のとおりである。(法第3条、第4条、第5条)

(1) 医療費

予防接種によって、入院治療を要する程度の医療を受けた者に対し、その医療に要する費用額から、健康保険等による給付の額を差し引いた自己負担金額に対して、その金額に値する金額の給付を行うもの

(2) 医療手当

予防接種によって、入院治療を要する程度の医療を受けた者に対し、医療を受けた月において、入院、通院の別にその日数に応じて、医療にかかる費用以外の費用に対して、月を単位に定められた金額を給付するもの

(3) 障害児養育年金

予防接種によって生じた障害の状態が、政令で定める程度に該当する18歳未満の者を養育する者に対して、年を単位に、障害の等級に応じて定められた金額を給付するもの

(4) 障害年金

予防接種によって生じた障害の状態が、政令で定める程度に該当する18歳以上の者に対して、年を単位に、障害の等級に応じて定められた金額を給付するもの

(5) 遺族年金

予防接種によって死亡した者により、その者の死亡の当時、生計を維持していた遺族に対し、年を単位にかつ、10年を限度に、定められた金額を給付するもの

(6) 遺族一時金

予防接種によって死亡した者により、その者の死亡当時、生計を維持する立場でなかった遺族に対し、定められた金額を一時金として給付するもの

(7) 葬祭料

予防接種によって死亡した者の葬祭を行う者に対し、定められた金額を給付するもの

2 医療費の支給

(1) 支給要件

予防接種を受けたことによる疾病が病院又は診療所への入院治療を要する程度である場合に行われる当該疾病の治療に必要な程度の医療であること。疾病が入院治療を要する程度である場合とは、入院治療が行われる場合に必ずしも限定されるものではなく、諸事情からやむを得ず自宅療養を行っている場合等、入院治療と同程度の疾病の状態にあると認められる場合を含むこと。(施行令第2条関係)

(2) 支給手続

ア 医療費の支給を受けようとする者(以下「医療費請求者」という。)は、別紙様式1に定める医療費・医療手当請求書に次の書類を添えて、厚生労働大臣に提出するものとする。こと。(施行規則第1条関係)

- ① 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書面又は診療録の写し

- ② 当該予防接種を受けた期日及び場所を証明することができる書類
- ③ 医療に要した費用の額を証明することができる書類
- ④ 医療機関又は薬局で作成された別紙様式2の1に定める受診証明書(予防接種健康被害認定申請用)。

⑤ 医療費請求者の氏名が記載されている住民票の写し

イ 厚生労働大臣は、疾病・障害認定審査会の意見を聴き、当該疾病について予防接種と因果関係にあると認められ、かつ、入院治療を要する程度であるときは、当該疾病名と、併せて支給を決定した旨を、予防接種と因果関係にあると認められる疾病がないときは、その旨を、医療費請求者に通知するものであること。

ウ 支給決定認定を受けた疾病について医療が継続して行われているときに、当該医療費について新たに請求する場合には、別紙様式2の2に定める受診証明書を使用することとするが、アに掲げる添付書類のうち①及び②は添付する必要がなく、また、イの手順は行わないものとする。

(3) 請求の期限

当該医療費の支給の対象となる費用の支払いが行われた時から5年を経過したときは、医療費の支給を請求することができないこと。(施行令第2条第4項関係)

3 医療手当の支給

(1) 支給要件

医療手当の支給の対象となる医療とは、2(1)に定めるものと同様であること。
(施行規則第2条関係)

(2) 支給手続

ア 医療手当の支給を受けようとする者は、別紙様式1に定める医療費・医療手当請求書に医療費の請求の場合と同一の書類を添えて、厚生労働大臣に提出するものとする。

なお、医療手当と同一月分の医療費が併せて請求されている場合は、医療手当についての書類の添付は、省略して差し支えないこと。

イ アに掲げるほか、医療手当の支給手続については、2(2)に定める医療費の支給手続に準ずるものとする。

ウ 同一月に医療費と医療手当の請求があるときは、同時に請求を行うことが望ましいこと。

(3) 請求の期限

当該医療手当の支給の対象となる医療が行われた時から5年を経過したときは、医療手当の支給を請求することができないこと。(施行令第3条第3項関係)

4 障害児養育年金の支給

(1) 支給要件

予防接種によって生じた障害の状態が、政令で定める程度に該当する18歳未満の者を養育する者であること。

(2) 支給額

障害児養育年金の額は、施行令第4条第2項に規定するところによることとするもの。

(3) 支給手続

ア 障害児養育年金の支給を受けようとする者（以下「障害児養育年金請求者」という。）は、別紙様式3に定める障害児養育年金請求書に次の書類を添えて、厚生労働大臣に提出するものとする。こと。（施行規則第3条関係）

① 当該予防接種を受けた年月日を証する書類

② 障害者の障害の状態に関する医師の診断書

なお、障害の状態に関する医師の診断書の様式例を別紙様式11に示したので参考とされたいこと。

③ 障害児が施行令別表に定める障害の状態に該当するに至った年月日及び予防接種を受けたことにより障害の状態になったことを証明することができる医師の作成した書面又は診療録の写し

④ 障害児の属する世帯の全員の住民票の写し

⑤ 障害児養育年金請求者が当該障害児を養育していることを証することができる書類

イ 厚生労働大臣は、障害児養育年金請求者に対して因果関係の認否、等級及び障害の状態に至った年月日を、また、因果関係が認められ、かつ、障害の状態が政令に定める内容に該当する場合には支給を決定する旨を通知するものであること。

ウ ア、イのほか、2（2）に定める医療費の支給手続に準じるものとする。こと。

(4) 支給期間等

障害年金の支給期間は、支給すべき事由が生じた日の属する月の翌月から支給すべき事由が消滅した日の属する月までであり、その支払は、毎年1月、4月、7月及び10月に行うものとする。こと。（施行令第9条第1項関係）

(5) 支給額の変更（施行規則第4条関係）

ア 障害の状態に変更があったため、新たに施行令別表に定める他の等級に該当することとなった場合においては、新たに該当するに至った等級に应ずる額を支給することとされているが、その前提として、額の変更の請求及び障害の状態の変更の届出が必要となること。

イ 障害児養育年金の支給を受けている者が、養育する児の障害の程度に変更があった場合において、その受けている障害年金の額の変更を請求しようとするときは、別紙様式5に定める年金額変更請求書に次の書類を添えて厚生労働大臣に提出するものとする。こと。

① 障害の状態に関する医師の診断書

② 障害者が施行令別表に定める他の等級に該当するに至った年月日を証明することができる医師の作成した書面又は診療録の写し

ウ イのほか、額の変更のための手続については、4の（3）のアからウまでに定める障害児養育年金の支給手続に準ずるものとする。こと。

5 障害年金の支給

(1) 支給要件

予防接種によって生じた障害の状態が、政令で定める程度に該当する18歳以上の者であること。

(2) 支給額

障害年金の額は、施行令第5条第2項に規定するところによることとするもの。

(3) 支給手続

ア 障害年金の支給を受けようとする者（以下「障害年金請求者」という。）は、別紙様式4に定める障害年金請求書に次の書類を添えて、厚生労働大臣に提出するものとする。こと。（施行規則第5条関係）

① 当該予防接種を受けた年月日を証する書類

② 障害者の障害の状態に関する医師の診断書

なお、障害の状態に関する医師の診断書の様式例を別紙様式11に示したので参考とされたいこと。

③ 障害者が施行令別表に定める障害の状態に該当するに至った年月日及び予防接種を受けたことにより障害の状態になったことを証明することができる医師の作成した書面又は診療録の写し

イ 厚生労働大臣は、障害年金請求者に対して、因果関係の認否、等級及び障害の状態に至った年月日を、また、因果関係が認められ、かつ、障害の状態が政令に定める内容に該当する場合には支給決定する旨を通知するものとする。

ウ アからイのほか、2(2)に定める医療費の支給手続に準じるものとする。

(4) 支給期間等

障害年金の支給期間は、支給すべき事由が生じた日の属する月の翌月から支給すべき事由が消滅した日の属する月までであり、その支払は、毎年1月、4月、7月及び10月の4期に行うこと。（施行令第9条第1項関係）

(5) 支給額の変更

ア 障害の状態に変更があったため、新たに施行令別表に定める他の等級に該当することとなった場合においては、新たに該当するに至った等級に応ずる額を支給することとされているが、その前提としては、額の変更の請求及び障害の状態の変更の届出が必要となること。（施行規則第6条関係）

イ 障害年金の支給を受けている者が、その障害の程度が増進した場合において、その受けている障害年金の額の変更を請求しようとするときは、別紙様式5に定める年金額変更請求書に次の書類を添えて厚生労働大臣に提出するものとする。こと。（施行規則第6条関係）

① 障害の状態に関する医師の診断書

② 障害者が令別表に定める他の等級に該当するに至った年月日を証明することができる医師の作成した書面又は診療録の写し

ウ イのほか、額の変更のための手続については、5の(3)のア及びイに定める障害年金の支給手続に準ずるものとする。

6 遺族年金の支給

(1) 支給要件

ア 予防接種によって死亡した者により、その者の死亡の当時、生計を維持していた遺族であること。

イ 施行令第8条第1項に規定する生計維持要件についての取扱は、次のとおりとすること。

- ① 予防接種を受けたことにより死亡した者の経済的役割からみて生計維持に該当するか否か、個々の事例について慎重に判断されたいこと
- ② 死亡者の収入によって日常の消費生活活動の全部又は一部を営んでおり、死亡者の収入がなければ通常的生活水準を維持することが困難となるような関係が常態である者については、死亡者によって生計を維持しているものと解して差し支えないこと
- ③ 生計維持要件を認めるに当たっての死亡した者の収入については、必ずしも死亡した者本人の資産又は所得である必要はなく、その者が家計を別にする他の者から仕送りを受け、又は公的社会保障給付を受けている場合、更に、本制度の救済給付を受けている場合には、それをその者の収入として取り扱って差し支えないこと

ウ 予防接種を受けたことにより死亡した者の死亡の当時胎児であった子の取扱は、次のとおりとすること。

- ① 当時胎児であった子が出生したときは、その子は将来に向かって死亡者の死亡の当時その者によって生計を維持していた子とみなされるので、その子については、生計を維持していたことの確認は要しないこと
- ② 当該胎児であった子の出生により遺族の順位等に変更が生じるが、これは将来に向かってのみ効果を生ずるものであるもので、既に支給した遺族年金を返還させる等の問題は生じないこと
- ③ 当該胎児であった子が出生し、遺族年金の請求があった場合において、他の子が遺族年金の支給を受けていたときは、その請求があった日の属する月の翌月から遺族年金の額を改定することとなり、後順位の遺族が遺族年金の支給を受けていたときは、その請求があった日の属する月の翌月から遺族年金はその子に支給することとなるものであること

(2) 支給額

遺族年金の額は、施行令第8条第5項に規定するところによることとするもの。

(3) 支給手続

ア 遺族年金の支給を受けようとする者は、別紙様式6に定める遺族年金・遺族一時金請求書に次の書類を添えて、厚生労働大臣に提出するものとする。こと。（施行規則第7条関係）

- ① 当該予防接種を受けた年月日を証する書類
- ② 死亡した者に係る死亡診断書その他死亡を証する書類
- ③ 予防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面
- ④ 請求者と死亡した者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

⑤ 請求者が死亡した者と内縁関係にあった場合は、その事実に関する当事者（内縁関係にあった夫又は妻）、双方の父母、その他尊属、媒酌人若しくは、民生委員等の証明書又は内縁関係にあったと認められる通信書その他の書面

⑥ 請求者が死亡した者の死亡の当時その者によって生計を維持していたことを証明することができる住民票の写し及び所得税源泉徴収証明書等の収入の状況を示す書類

⑦ ①から⑥のほか、2（2）に定める医療費の支給手続に準じるもの

イ 施行規則第8条又は第9条の規定に基づき遺族年金の支給を請求しようとする場合の請求書は、それぞれ別紙様式7（遺族年金請求書（胎児用））又は別紙様式8（遺族年金請求書（後順位者用））によること。

（4）支給額の改定

ア 遺族年金の額は、遺族年金を受けることができる同順位の遺族が1人であるときはその者に全額を、2人以上であるときは各人にその人数で除して得た額をそれぞれ支給する。この場合において、同順位の遺族であって遺族年金の支給を請求しない者がいるときは、その者は遺族年金を受けることができる同順位の遺族とはならないので、その者を除いた同順位の遺族の数で除して得た額が支給額となること。

（施行令第8条第6項）

イ 遺族年金の支給を請求していなかった同順位の遺族がその支給を請求したときは、その者の請求の日の属する月の翌月から遺族年金を受けることができる遺族の数が増加することとなるので、アに定めるところにより各人に支給する額を改定すること。（施行令第8条第7項）

なお、予防接種を受けたことにより死亡した者の死亡の当時胎児であった子が出生し、遺族年金の支給を請求した場合において、既に他の子が遺族年金の支給の決定を受けていたときも同様の取扱となること。（施行令第8条第2項）

ウ 遺族年金の支給を受けていた者が死亡した場合においては、遺族年金を受けることができる遺族の数が減少するため、アに定めるところにより各人に支給する額を改定すること。

（5）支給期間

遺族年金の支給は、10年間を限度として行うものであるが、この趣旨は実質の支給期間を10年間とするものである。したがって、遺族年金の支給を受けていた遺族が死亡した場合において、同順位者がなくて後順位者があるときの当該後順位者の請求に基づき支給される遺族年金の支給期間は10年から死亡した先順位の遺族に対して当該遺族年金が支給された期間を控除して得た期間となる。（1）③アに定めるところにより、先順位の胎児が出生した場合においては、後順位の遺族に対して既に支給した遺族年金があるときの取扱も同様となること。（施行令第8条第8項）

（6）請求の期限

遺族年金の請求の期限は、予防接種を受けたことにより死亡した者が当該予防接種を受けたことによる疾病又は障害について、医療費、医療手当、障害児養育年金又は障害年金の支給があった場合には、その死亡の時から2年、それ以外の場合には、そ

の死亡の時から5年としたこと。(施行令第8条第9項)

7 遺族一時金の支給

(1) 支給要件

- ① 遺族一時金は、世帯の生計維持者以外の者が予防接種を受けたことにより死亡した場合に、その遺族に対する見舞金等を目的として行われる給付であるので、遺族一時金の請求をする場合には、胎児も含めて、遺族年金を受けることができる遺族がいらないことが前提となること。(施行令第10条第3項)
- ② 施行令第10条第1項に定める遺族のうち、配偶者以外の者について要求されている「生計を同じくしていた」とは、死亡した者と、その遺族との間に生活の一体性があったことをいうものであり、必ずしも同居を必要とするものではないこと。

(2) 支給額

遺族一時金の額は、施行令第10条第3項に規定するところによることとするもの。

(3) 支給手続

ア 遺族一時金の支給を受けようとする者は、別紙様式6に定める遺族年金・遺族一時金請求書に次の書類を添えて、厚生労働大臣に提出するものとする。(施行規則第13条関係)

① 6の(3)のアの①から⑥に掲げる書類

② 請求者が死亡した者の配偶者以外の場合は、死亡した者の死亡の当時その者と生計を同じくしていたことを明らかにすることができる住民票等の書類

③ ①及び②のほか、2(2)に定める医療費の支給手続に準じるもの

イ 施行規則第14条第1項の規定に基づき遺族一時金の支給を請求しようとする場合の請求書は、別紙9(遺族一時金請求書(差額一時金用))によること。

(4) 請求の期限

遺族一時金の請求の期限は、予防接種を受けたことにより死亡した者が当該予防接種を受けたことによる疾病又は障害について、医療費、医療手当、障害児養育年金又は障害年金の支給があった場合には、その死亡の時から2年、それ以外の場合には、その死亡の時から5年としたこと。(施行令第10条第5項関係)

施行令第10条第4項の規定に基づく遺族一時金の請求の期限は、遺族年金を受けていた者が死亡した時から2年としたこと。(施行令第10条第4項)

8 葬祭料の支給

(1) 支給要件

葬祭料は、予防接種を受けたことにより死亡した者の葬祭を行う者に対して支給されるものであるが、「葬祭を行う者」とは、現実に葬祭を行う者をいい、葬祭を2人以上の者が行うときは、主として葬祭を行う者であることとする。また、「葬祭を行う者」は、死亡した者の遺族に限定されないものとする。

(2) 支給額

葬祭料の額は、施行令第12条第1項に規定するところによることとするもの。

(3) 支給手続

葬祭料の支給を受けようとする者は、別紙様式10に定める葬祭料請求書に次の書類を添えて、厚生労働大臣に提出するものとする。(施行規則第15条関係)

ア 6の(3)のアの①及び②に掲げる書類。ただし、同時に遺族年金又は遺族一時金の請求がなされている場合には、葬祭料についての資料の添付は省略して差し支えないこと。

イ 請求者が死亡した者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埋葬許可証の写し等の書類

ウ ア及びイのほか、2(2)に定める医療費の支給に準ずるもの

(4) 請求の期限

葬祭料の請求の期限は、「6 遺族年金の支給」における「(5) 請求の期限」の規定を準用するものとする。(施行令第12条第2項)

9 給付に関するその他の事項

(1) 診断及び報告

厚生労働大臣は、障害児養育年金又は障害年金の支給に関し、特に必要があると認めるときは、給付を受けている者(以下「障害年金等受給者」という。)に対して、養育する障害児に医師の診断をうけさせるべきこと、若しくは自らの障害について診断を受けるべきことを命じ、又は必要な報告を求めることができるものであること。障害年金等受給者が正当な理由がなくこの命令に従わず、又は報告をしないときは、厚生労働大臣は、障害年金の給付を一時差し止めることができるものであること。(施行令第7条関係)

(2) 現況の届出

障害児養育年金、障害年金又は遺族年金の支給を受けている者は、毎年、厚生労働大臣の指定する日までに、その氏名及び生年月日を記載した届出書に施行規則第10条第2項各号にて規定した書類を添えて、厚生労働大臣まで提出をしなければならないもの。(施行規則第10条関係)

(3) 氏名又は住所の変更等の届出

障害年金等受給者及び遺族年金の受給者は、氏名又は住所を変更した場合などには速やかに、当該年金の給付を行う厚生労働大臣にその旨を記載した届書及び予防接種被害者健康手帳を提出しなければならないものであるが、次の場合には、それぞれ掲げる事項を届書に記載するとともに、所要の書類を添えなければならないものであること。(施行規則第11条)

ア 氏名を変更した場合は、変更前及び変更後の氏名並びに戸籍の抄本

イ 住所を変更した場合は、変更前及び変更後の住所地並びに変更の年月日並びに住民票の写し

ウ 障害年金の支給要件に該当しなくなった場合はその年月日及び理由

(4) 年金受給者の死亡の届出

年金受給者(障害児養育年金、障害年金又は遺族年金のいずれかの受給者)が死亡したときは、戸籍法の規定による死亡の届出義務者は、速やかに、その死亡した

者の氏名及び死亡した年月日を記載した届書にその死亡の事実を証する書類を添えて、厚生労働大臣に提出しなければならないものであること。(施行規則第12条)

第2 予防接種被害者健康手帳

1 交付

予防接種を受けた者が疾病にかかり、又は障害の状態となった場合、或いは死亡した場合において、当該疾病又は障害、或いは死亡が当該予防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、厚生労働大臣は、認定された疾病名、障害の等級、年金額等所要の記載をし、予防接種被害者健康手帳を認定を受けた者、若しくはその遺族（遺族年金受給者に限る。）に交付するものとする。

2 内容

予防接種被害者健康手帳は、厚生労働大臣によって認定された疾病名が記載されるとともに、障害児養育年金、障害年金又は遺族年金の証書が編綴されるものである。

第3 法施行前に新型インフルエンザ予防接種を受けた者についての適用等

1 対象範囲

法施行日前に厚生労働大臣が行う新型インフルエンザ予防接種を受けた者についても法に基づく救済の対象となること。(法附則第2条第1項)

2 請求

1に規定されている者が、法の施行の際、現に独立行政法人医薬品医療機器総合機構（以下「機構」という。）に対して副作用救済給付（独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号。以下「機構法」という。）第15条第1項第1号イに規定する副作用救済給付をいう。）又は感染救済給付（機構法第15条第1項第2号イに規定する感染救済給付をいう。）の請求を行っている場合（機構が、その請求に対して支給或不支給の決定を行っている場合は除く。）には、その請求は当該特別措置法に基づく請求とみなすこと。(法附則第2条第2項関係)

また、1に規定されている者が、法の施行前に、機構から副作用救済給付又は感染救済給付を支給しない旨の決定を受けている場合については、その請求要因が機構法に基づく救済の対象となる範囲内（機構法に基づく救済は医薬品等が適正目的で適正使用された場合の健康被害に限られる）である場合において、当該特措法に基づく救済の対象にはなり得ないが、その範囲外の事由（接種行為そのものによる健康被害の場合等）に場合には救済の対象となり得るものであること。(法附則第2条第3項)

3 給付の限定

1に規定されている者が、法の施行前に、機構から副作用救済給付又は感染救済給付を受けている場合は、当該特措法に基づく給付は行わないものであること。(法附則第3条)

医療費・医療手当請求書

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 医療保健等の種類		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					
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。 平成 年 月 日 厚生労働大臣 殿 請求者氏名							

(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。
- 4 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つて、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。 平成 年 月 日 医療機関の名 所 在 地 開設者の氏名					

(日本工業規格A列4番)

(注意)

- 1 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のためのものです。
- 2 ①～③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 ④の欄は、疾病名を記入して下さい。
- 4 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。
- 5 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下さい。

受 診 証 明 書

① ふ り が な 氏 名	-----		男 女	② 生 年 月 日	年 月 日
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。 平成 年 月 日 医療機関の名 所 在 地 開設者の氏名					

(日本工業規格A列4番)

(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

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	
④ 現住所						
⑤ ふりがな氏名	-----	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	年 月 日					
⑯ 施設収容の有無及び施設名	有 期間 年 月から 年 月まで 無 施設名					
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。 平成 年 月 日 厚生労働大臣 殿 請求者氏名						

(日本工業規格A列4番)

(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下さい。
- ③の欄は、請求者と障害児との関係を記入して下さい。
- 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下さい。
- 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下さい。
 - 「⑨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。
 - 「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下さい。
- 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「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 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 期 間 年 月から 年 月まで 無 施設名			
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。 平成 年 月 日 請 求 者 氏 名 厚 生 労 働 大 臣 殿					

(日本工業規格A列4番)

(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下さい。
- 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。
- 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。
 - 「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。
 - 「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。
 - 「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。
 - 「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。
- 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。
- 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。
- ⑫の欄は、障害の状態となった年月日を記入して下さい。
- 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。

(日本工業規格A列4番)

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 請求書
遺族一時金

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 ふりがな氏名死亡者氏名		-----	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 年 月から 年 月まで 施設名			
⑰ 遺族の状況		氏 名	生 年 月 日	⑮の死亡者との身分関係	現 住 所
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
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		有（ 年 月から 年 月まで） ・ 無			
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。） 平成 年 月 日 請求者氏名 厚生労働大臣 殿					

(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 給の決定を受けて いる遺族	氏 名	生 年 月 日	⑤の死亡者との 身分関係		現 住 所	年金証 書番号
		・ ・				
		・ ・				
		・ ・				
		・ ・				
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。 平成 年 月 日 厚生労働大臣 殿 請 求 者 氏 名						

(日本工業規格A列4番)

(注意)

- 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。
- 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下さい。
- 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、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。

遺族年金請求書(後順位者用)

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	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 :						
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。 平成 年 月 日 厚生労働大臣 殿 請求者氏名						

(日本工業規格A列4番)

(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 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 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 その他参考となる事項：		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	
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。 平成 年 月 日 請 求 者 氏 名 厚 生 労 働 大 臣 殿						

(日本工業規格A列4番)

(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。

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			
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。 平成 年 月 日 厚生労働大臣 殿 請求者氏名					

(日本工業規格A列4番)

(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下さい。
- ④の欄は、請求者と死亡者との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。
- ⑦～⑩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。
 - 「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。
 - 「⑧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。
 - 「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。
 - 「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。
- ⑪及び⑫の欄は死亡した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。
- ⑬の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
- 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。
- 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。

診 断 書

[illegible]

※患者の身体状況等について、本人の申立書等があれば添付すること。

Ⅱ 運動障害の程度					
診 断 名					
間 接 運 動 範 囲	間接名又は部位	運動の種類方向	自動的可能度	他動的可能度	
歩 行 (平 地)	可 能 (km)	つたい歩き可能	不 能		
起 立 位	可 能 不能				
座 位	正座 横座 あぐら 脚を投げ出して うずくまる 不能				
下 肢 長	右 cm	左 cm			
握 力	右 kg	左 kg			
運 動 麻 痺	右 右				
	左 左				
	弛緩性 痙性 不随性 強剛 しんせん 失調				
その他運動障害	(巧遅性、スピード等)				
日 常 生 活 状 況	日常生活能力の判定(該当するものを選んで、どれか一つを○でかこむこと)				
	食 事	(ひとりのできる	介助があればできる	できない)	
	用便の始末	(ひとりのできる	介助があればできる	できない)	
	入浴・洗面	(ひとりのできる	介助があればできる	できない)	
	着 衣	(ひとりのできる	介助があればできる	できない)	
	そ の 他				
現在行っている治療					
症状のよくなる見込					
その他特記すべき事項					
上記のとおり診断しました。 年 月 日 居住地又は勤務先 医師氏名 印					

Ⅲ その他の障害の程度(視力、聴力、咀嚼言語機能障害等)

診 断 名

障害の状態及び検査所見

日常生活状況

現在行っている治療

症状のよくなる見込

その他特記すべき事項

上記のとおり診断しました。

年 月 日

居住地又は勤務先

医師氏名

印

新型インフルエンザ予防接種による健康被害救済制度の申請について

1. 申請の受付開始時期

平成21年12月4日より申請を受け付けています。

2. 申請の方法

各給付について請求できる方が、必要書類（請求書※、診断書※、住民票の写し、接種証明書など）を添えて厚生労働省に**必ず郵送で申請**してください。なお、診断書や接種証明書などは、医療機関で作成していただく必要がありますので、医療機関にご相談ください。

申請された内容は、審査会（疾病・障害認定審査会）で審査され、該当すると判断された場合に給付されます。

※各種請求書・診断書の様式は厚生労働省HP上に掲載・印刷利用可能

3. 健康被害救済制度に関する国（厚生労働省）からの提供情報

厚生労働省HP上（下記URL参照）に掲載（申請様式も含む）。

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/infu06.html>

4. この法律が成立する前に新型インフルエンザの予防接種を受けていた場合の扱い

この法律が成立する前（平成21年12月3日以前）に、今回の新型インフルエンザの予防接種事業に基づく新型インフルエンザ予防接種をお受けになり、ワクチンを接種したことによって、入院を必要とする程度の医療を受けた場合や、一定程度の障害が残られた場合、亡くなられた場合であっても、救済の対象となります。

5. 健康被害救済制度に関する国の相談先

○健康被害救済制度の相談窓口（厚生労働省）

TEL 03-3501-9060

受付日：平日 受付時間：10時～18時

6. 申請書の郵送先

厚生労働省 健康局 結核感染症課 予防接種係 宛て

住所：〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

電話：03-5253-1111（代表）