

(別紙 4) 帳票レイアウト

帳票レイアウト一覧

黒文字…実装必須帳票
青文字…標準オプション帳票

大項目		帳票タイトル	適合基準日	頁番号
健康管理	1. 健康管理共通	01. 宛名シール 02. 空白宛名	令和8年4月1日 令和8年4月1日	1
	2. 【成人保健】対象者管理	該当帳票無し		
	3. 【成人保健】検診情報管理	該当帳票無し		
	4. 【成人保健】精密検査情報管理	該当帳票無し		
	5. 【成人保健】訪問・相談・教育	該当帳票無し		
	6. 【母子保健】妊産婦管理	該当帳票無し		
	7. 【母子保健】乳幼児管理	該当帳票無し		
	8. 【母子保健】教育・相談・訪問・フォロー	該当帳票無し		
	9. 【母子保健】養育医療管理	01. 養育医療給付台帳 02. 養育医療券(病院・診療所用) 03. 養育医療券(薬局用)		3
	10. 【予防接種】対象者管理	01. 風しん追加的対策クーポン券		6
	11. 【予防接種】接種情報管理	01. 予防接種済証(定期) 02. 予防接種済証(臨時) 03. 予防接種済証(臨時・英語版)		7
	12. 【統計・報告】	該当帳票無し		

• • •

• • •

• • •

健康管理システム

帳票レイアウト【改定履歴】

版数	改定日	主な改定理由	帳票ID	帳票名称	改定区分 (追加／削除／変更)	適合基準日
第1.1版	令和5年3月31日	第1.1版公開	—	—	—	—
第2.0版	令和6年3月31日	第2.0版公開	—	—	—	—
第3.0版	令和6年8月31日	新型コロナワクチンの定期接種化対応	0190007	新型コロナワクチンの接種券(接種券(兼)接種済証(初回接種))	削除	令和8年4月1日
			0190008	新型コロナワクチンの接種券(接種券(兼)接種済証(追加接種))	削除	令和8年4月1日
			0190006 0190009	新型コロナワクチンの予診票	削除	令和8年4月1日
			0190011	新型コロナワクチンの接種済証(接種券一体型予診票(初回接種))	削除	令和8年4月1日
			0190012	新型コロナワクチンの接種済証(接種券一体型予診票(追加接種))	削除	令和8年4月1日
第3.1版	令和7年1月31日	第3.1版公開	—	—	—	—
第4.0版	令和7年8月31日	風しんの追加的対策の事業終了に伴う対応	0190010	風しん追加的対策クーポン券	変更	—
第4.0版	令和7年8月29日	予防接種法施行規則の様式変更対応	0190013	予防接種済証(定期)	変更	—
			0190014	予防接種済証(臨時)	変更	—
			0190015	予防接種済証(臨時・英語版)	変更	—
第4.1版	令和8年1月30日	第4.1版公開	—	—	—	—
第5.0版	令和8年8月31日	第5.0版公開	—	—	—	—

※本レイアウトはあくまでサンプルであり、
宛名シールのレイアウトを規定するものではない

[illegible]

999-9999

●●県●●市●●1-2-3

あいうえおかきくけこ

■■ 太郎 様

保護者 様

|||||

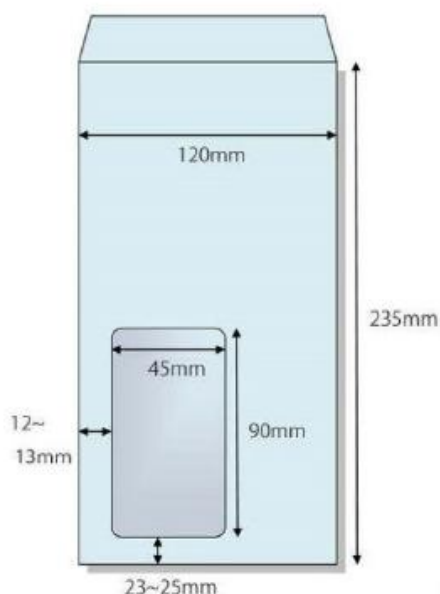
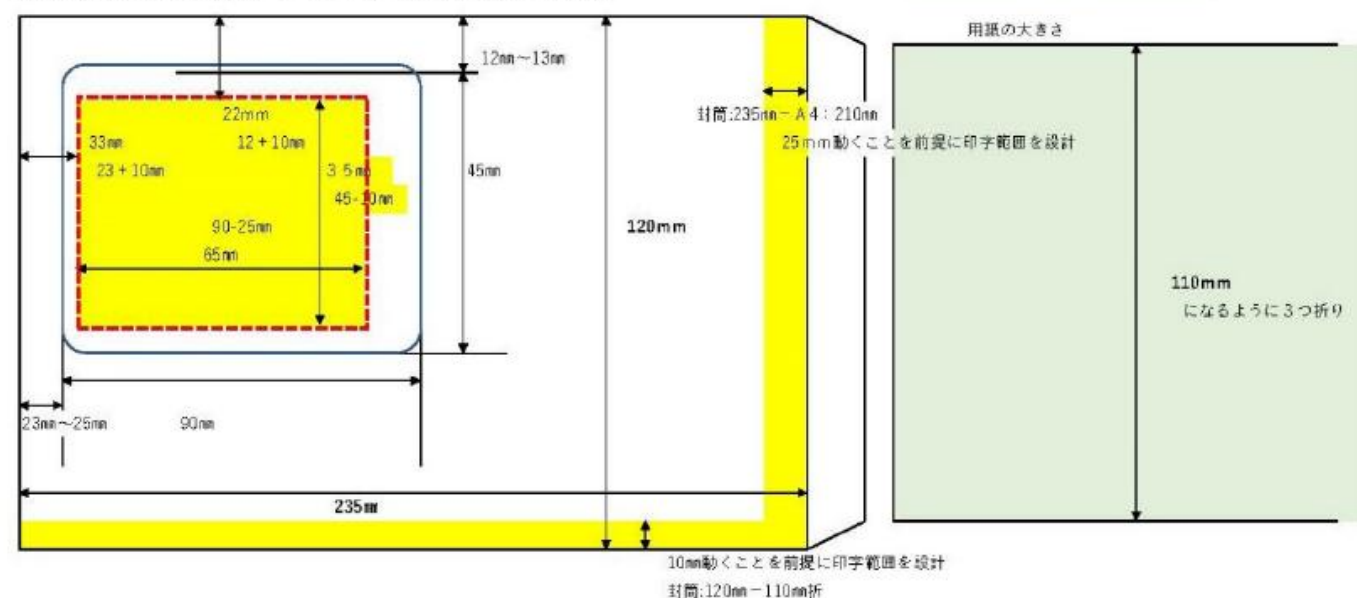
1

(参考) 宛名部分に対応した封筒レイアウトを以下に示す。

封筒レイアウト

■内容物のズレを意識して設計 パーコードは 窓枠から最低2mmは必要

長型3号(120×235) 定型
A4横三つ折り



【窓あき封筒】

- ・封筒として長6封筒を推奨、長3封筒も利用可能
- ・窓あき封筒対応(45mm×90mm)用紙左から23～25mm、上から12～13mm
- ・内容物のズレを意識して設計→パーコードは窓枠から最低2mmは必要

【三つ折り線】

- 様式等に三つ折り線を記す場合は、以下を基準とする。
- ・左位置：10mm
 - ・長6封筒の場合、上位置：99mm、198mmを基準とする
 - ・長3封筒の場合、上位置：110mm、220mmを基準とする
- ※いずれの場合も三つ折り線の位置は基準を参考とすればよく厳密な位置の一致は求めない

養 育 医 療 給 付 台 帳

コ ー ド 番 号		制度別 番 号	都道府 県番号	実施機関 番 号	※	受給者番号		※	保険者番号		医療機関番号	
受療者	氏 名				申請者	氏 名			受療者との続柄		所得階層 区分	(円)
	生年月日					生年月日						
	住 所					住 所						
	出生時体重					連 絡 先						
医 療 券 交 付 年 月 日 等	医療券交付 年月日				保険 種別	保険区分				指定養育 医療機関		
	医 療 券 有効期間					保険者の 名 称						
	診 療 予定期間					被保険者等 記号・番号						
請 求 月	診 療 月	診療 実日数	総医療費①	医療保険 負担額②	公費負担額 ①－②＝③	移送費等	自己負担額	レセプト区分	備 考			
計												

(注) コード番号欄の※は、検証番号

様式第一号（一）（第九条関係）

養育医療券（病院・診療所用）									
公 費 負 担 者 番 号									交 付 年 月 日
公 費 負 担 医 療 の 受 給 者 番 号									年 月 日
医 療 保 険 各 法 に よ る 記 号 及 び 番 号				保 険 者 等 の 名 称					
受 療 者	氏 名								
	生 年 月 日			年 月 日			男 ・ 女		
申 請 者	氏 名								
	生 年 月 日			年 月 日			受 療 者 と の 続 柄		
	住 所								
指 定 養 育 医 療 機 関 （ 病 院 ・ 診 療 所 ）	名 称								
こ の 券 の 有 効 期 間	年 月 日から 令和 年 月 日まで								
上記のとおり決定する。 年 月 日 市町村長 氏 名 ㊞									

（日本産業規格A列5番）

様式第一号（二）（第九条関係）

養育医療券（薬局用）												
公 費 負 担 者 番 号										交 付 年 月 日		
公 費 負 担 医 療 の 受 給 者 番 号										年 月 日		
医 療 保 険 各 法 に よ る 記 号 及 び 番 号					保 険 者 等 の 名 称							
受 療 者		氏 名										
		生 年 月 日			年 月 日			男 ・ 女				
申 請 者		氏 名										
		生 年 月 日			年 月 日			受 療 者 と の 続 柄				
		住 所										
指 定 養 育 医 療 機 関	薬 局	名 称										
	病 院 ・ 診 療 所	名 称										
こ の 券 の 有 効 期 間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで										
上記のとおり決定する。 年 月 日 市町村長 氏 名 ㊞												

（日本産業規格A列5番）

窓空宛名

抗体検査	券 種	抗体検査券		1	券 種	抗体検査券		1	券 種	抗体検査券		1
	請求先	〇〇県〇〇市		123456	請求先	〇〇県〇〇市		123456	請求先	〇〇県〇〇市		123456
	発券No.	0123456789	有効期限 2020 年 03 月		発券No.	0123456789	有効期限 2020 年 03 月		発券No.	0123456789	有効期限 2020 年 03 月	
	(氏名)一二三四五六七八九十一二三三四五六七八九十  (国保連提出用) 12345678901234567				(氏名)一二三四五六七八九十一二三三四五六七八九十  (医療機関控え) 12345678901234567				(氏名)一二三四五六七八九十一二三三四五六七八九十  (ご本人控え) 12345678901234567			
予防接種予診のみ	券 種	予防接種予診券(予診のみ)		2	券 種	予防接種予診券(予診のみ)		2	券 種	予防接種予診券(予診のみ)		2
	請求先	〇〇県〇〇市		123456	請求先	〇〇県〇〇市		123456	請求先	〇〇県〇〇市		123456
	予診費用	(税抜) 9,999 円(自己負担分を除く)			予診費用	(税抜) 9,999 円(自己負担分を除く)			予診費用	(税抜) 9,999 円(自己負担分を除く)		
	自己負担額	(税抜) 0 円			自己負担額	(税抜) 0 円			自己負担額	(税抜) 0 円		
	発券No.	0123456789	有効期限 2020 年 03 月		発券No.	0123456789	有効期限 2020 年 03 月		発券No.	0123456789	有効期限 2020 年 03 月	
	(氏名)一二三四五六七八九十一二三三四五六七八九十  (国保連提出用) 1234567890123456799999				(氏名)一二三四五六七八九十一二三三四五六七八九十  (医療機関控え) 1234567890123456799999				(氏名)一二三四五六七八九十一二三三四五六七八九十  (ご本人控え) 1234567890123456799999			
予防接種	券 種	予防接種券		3	券 種	予防接種券		3	券 種	予防接種券(兼 予防接種済証)		3
	請求先	〇〇県〇〇市		123456	請求先	〇〇県〇〇市		123456	請求先	〇〇県〇〇市		123456
	接種費用	(税抜) 9,999 円(自己負担分を除く)			接種費用	(税抜) 9,999 円(自己負担分を除く)			接種費用	(税抜) 9,999 円(自己負担分を除く)		
	自己負担額	(税抜) 0 円			自己負担額	(税抜) 0 円			自己負担額	(税抜) 0 円		
	発券No.	0123456789	有効期限 2020 年 03 月		発券No.	0123456789	有効期限 2020 年 03 月		発券No.	0123456789	有効期限 2020 年 03 月	
	(氏名)一二三四五六七八九十一二三三四五六七八九十  (国保連提出用) 1234567890123456799999				(氏名)一二三四五六七八九十一二三三四五六七八九十  (医療機関控え) 1234567890123456799999				(氏名)一二三四五六七八九十一二三三四五六七八九十  (ご本人控え) 〇〇県〇〇市長 〇〇〇〇〇			

No. _____

_____ 予防接種済証(第 期)(定期)

住 所

氏 名

年 月 日生

回数	ワクチンの種類	予防接種を行った年月日	メーカー/ロット	備考
第 回		年 月 日		
第 回		年 月 日		
第 回		年 月 日		
第 回		年 月 日		

年 月 日

都道府県

市区町村長



No. _____

_____ 予防接種済証(第 期)(臨時)

住 所

氏 名

年 月 日生

回数	ワクチンの種類	予防接種を行った年月日	メーカー/ロット	備考
第 回		年 月 日		
第 回		年 月 日		
第 回		年 月 日		
第 回		年 月 日		

年 月 日

都道府県

知事又は市区町村長

印

_____ 予防接種済証
Vaccination Certificate of _____

姓（旧姓）（別姓） 名（別名）
[Surname (Former surname) (Alternative surname) Given name (Alternative given name)]

生年月日 [Date of Birth] (YYYY-MM-DD)

国籍・地域 [Nationality/Region]

旅券番号 [Passport Number]

接種回 [Dose Number]	接種年月日 [Vaccination Date] (YYYY-MM-DD)	ワクチンの種類 [Vaccine Type]	メーカー [Manufacturer]	製品名 [Product Name]	製造番号 [Lot Number]	接種国 [Country of Vaccination]

証明書発行者 [Certificate Issuance Authority]

日本国厚生労働大臣
[Minister of Health, Labour and Welfare, Government of Japan]

証明書 ID [Certificate Identifier] 証明書発行年月日 [Issue Date] (YYYY-MM-DD)