

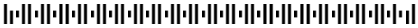
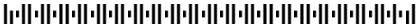
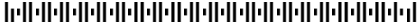
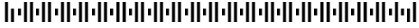
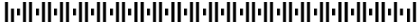
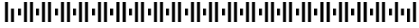
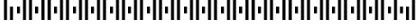
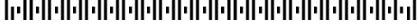
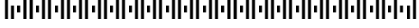
健康管理システム等標準化検討会（第2回）

令和4年3月4日 【別紙4】

（別紙4）帳票レイアウト

帳票レイアウト一覧

	大項目	帳票タイトル	頁番号
健康管理	1. 健康管理共通	01. 宛名シール 02. 窓空き宛名	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	02. 新型コロナワクチンの接種券(接種券(兼)接種済証(1, 2回目)) 03. 新型コロナワクチンの接種券(接種券(兼)接種済証(3回目)) 04. 新型コロナワクチンの予診票 05. 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)	10
	12. 【統計・報告】	該当帳票無し	

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	９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 保護者 様  2
９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 保護者 様  3	９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 保護者 様  4
９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 保護者 様  5	９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 保護者 様  6
９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 保護者 様  7	９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 保護者 様  8
９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 保護者 様  9	９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 保護者 様  10
９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 保護者 様  11	９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 保護者 様  12
９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 保護者 様  13	９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 保護者 様  14

999-9999

●●県●●市●●1-2-3

あいうえおかきくけこ

■■ 太郎 様

保護者 様

|||||

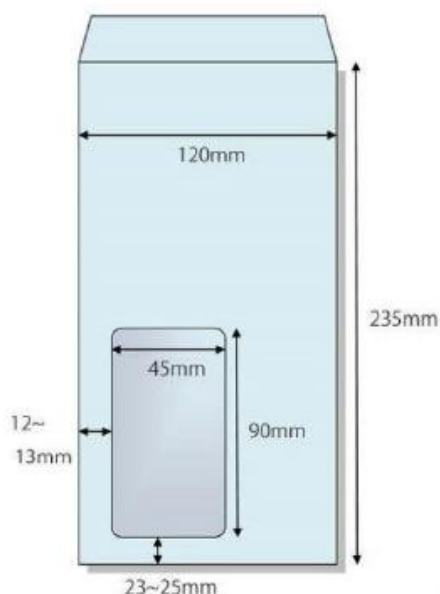
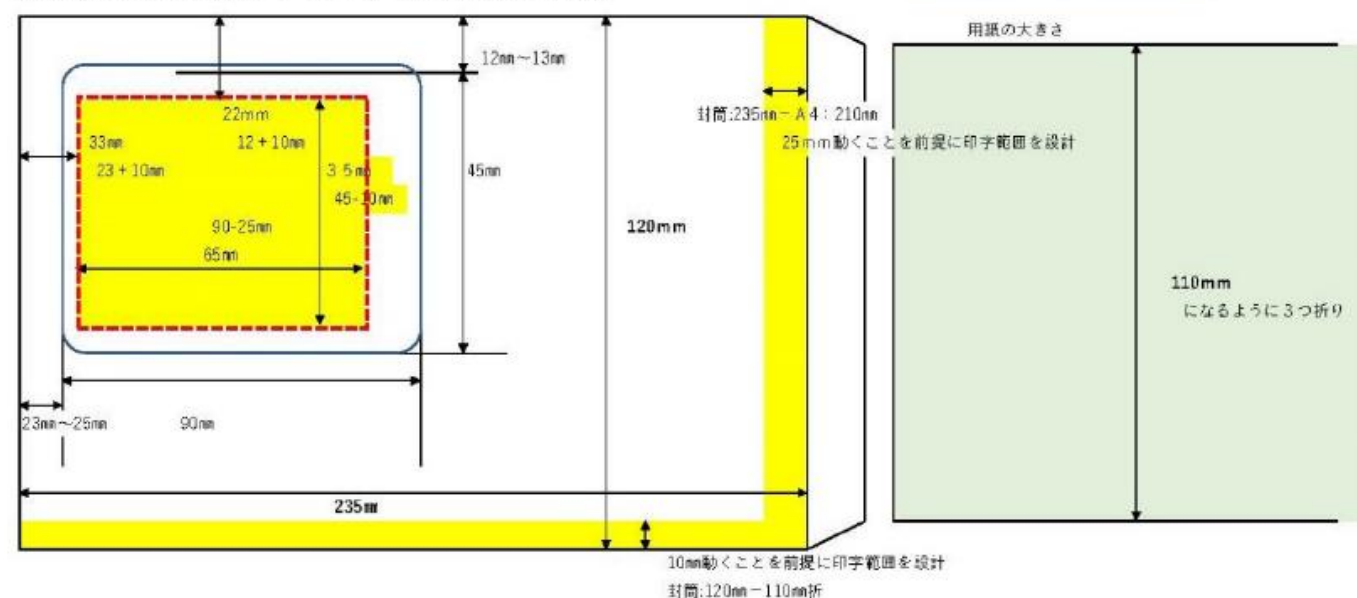
1

(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	1 A (円)				
	生年月日						生年月日					2 B (円)						
	住 所						住 所					3 C (円)						
	出生児体重						連 絡 先					4 D (円)						
医療券 交付年 月日等	医療券交付 年月					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						保 険 者 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	
被 保 険 者 証 等 の 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		
被 保 険 者 証 等 の 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

あなたの接種券番号（10 桁）
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

新型コロナウイルスワクチンを受けられます。
費用負担はありません。

接種を受けるときは、
この用紙と予診票を忘れずにお持ちください。

接種券				診察したが接種できない場合				新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証（臨時接種） Certificate of Vaccination for COVID-19	
券 種	2	(☐ 予診のみ)	1	回 目	券 種	1	(☒ 予診のみ)	1	回 目
請 求 先	〇〇県〇〇市		123456		請 求 先	〇〇県〇〇市		123456	
券 番 号	1234567890				券 番 号	1234567890			
氏 名	厚生 ●●●●●●●● 太郎				氏 名	厚生 ●●●●●●●● 太郎			
								1回目 接種年月日 年 月 日	
211234561234567890				111234561234567890				メーカー／Lot No. (シール貼付け)	
券 種	2	(☐ 予診のみ)	2	回 目	券 種	1	(☒ 予診のみ)	2	回 目
請 求 先	〇〇県〇〇市		123456		請 求 先	〇〇県〇〇市		123456	
券 番 号	1234567890				券 番 号	1234567890			
氏 名	厚生 ●●●●●●●● 太郎				氏 名	厚生 ●●●●●●●● 太郎			
								2回目 接種年月日 年 月 日	
221234561234567890				121234561234567890				メーカー／Lot No. (シール貼付け)	
接種を受ける方へ ●シールは剥がさずに、台紙ごと接種場所へお持ちください。 ●右側の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管してください。								氏 名	
								住 所	
								生年月日	
								〇〇県〇〇市長	

窓空宛名

あなたの接種券番号（10 桁）
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

新型コロナウイルスワクチンを受けられます。
費用負担はありません。

接種を受けるときは、
この用紙と予診票を忘れずにお持ちください。

接種券				診察したが接種できない場合				新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証（臨時） Certificate of Vaccination for COVID-19	
券 種	2	(□ 予診のみ)	3	回 目	券 種	2	(■ 予診のみ)	3	回 目
請 求 先	〇〇県〇〇市		123456		請 求 先	〇〇県〇〇市		123456	
券 番 号	1234567890				券 番 号	1234567890			
氏 名	厚生 ●●●●●●●● 太郎				氏 名	厚生 ●●●●●●●● 太郎			
231234561234567890				131234561234567890				3回目 接種年月日 年 月 日 接種場所 メーカー／Lot No. (シール貼付け)	
接種を受ける方へ ●シールは剥がさずに、台紙ごと接種場所へお持ちください。 ●右側の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管してください。						氏 名			
						住 所			
						生年月日			
						〇〇県〇〇市長			

新型コロナワクチン 1、2 回目接種記録

	1 回目	2 回目
接種年月日	年 月 日	年 月 日
メーカー		
Lot No.		

※ ＊が印字された部分の記録については、別途、当該接種の実施者から発行された接種済証、接種記録書、接種証明書等によって証明されます。

新型コロナワクチン接種の予診票（1.2回目用）

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 府 県 町 村		
フリガナ		電話 番 号	() -
氏 名			
生年月日 (西暦)	□□□□年□□月□□日生(満□□□歳)		□男・□女
		□□度□分	

券 種	2	(□予診のみ)	1	目 目
請求先	〇〇県〇〇市		123456	
券番号	1234567890			
氏 名	厚生●●●●●● ●●太郎			
				
21123456134567890				

質問事項	回答欄		医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン()	☐ はい	☐ いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか	☐ はい	☐ いいえ	
『新型コロナワクチンの説明書』を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	☐ はい	☐ いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病 名: □心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □血液疾患 □血が止まりにくい病気 □免疫不全 □毛細血管漏出症候群 □その他() 治療内容: □血をサラサラにする薬() □その他()	☐ はい	☐ いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。病名()	☐ はい	☐ いいえ	
今日、体に具合が悪いところはありますか。症状()	☐ はい	☐ いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。			
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの()	☐ はい	☐ いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類() 症状()	☐ はい	☐ いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。また、授乳中ですか	☐ はい	☐ いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。種類() 受けた日()	☐ はい	☐ いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	☐ はい	☐ いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(□可能・□見合わせる) 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。	医師署名又は記名押印

医療機関 記入欄	○時間外(受付時間 :) ○休日 ○小児(6歳未満) ○予備① ○予備② ※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。
-------------	--

新型コロナワクチン接種希望者	
医師の診察・説明を受け、種類の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望します。(□接種を希望します・□接種を希望しません)	
この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。 このことを理解した上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。	年 月 日 被接種者又は 保護者(白署) (※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載) (※被接種者が16歳未満の場合は保護者白署、成人被接種者の場合は本人又は成人後見人白署)

医 師 記 入 欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日 ※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
	※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていないか確認	□ . □ ml	実施場所  医師名 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月31日 

窓空宛名

抗体検査	券 種	抗体券種券	1	券 種	抗体券種券	1	券 種	抗体券種券	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)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十  12345678901234567 (国保連提出用)			(氏名)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十  12345678901234567 (医療機関控え)			(氏名)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十  12345678901234567 (ご本人控え)		
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	
予防接種	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)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十  1234567890123456799999 (国保連提出用)			(氏名)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十  1234567890123456799999 (医療機関控え)			(氏名)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十  1234567890123456799999 (ご本人控え)		
	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
予防接種	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)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十  1234567890123456799999 (国保連提出用)			(氏名)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十  1234567890123456799999 (医療機関控え)			(氏名)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十  1234567890123456799999 (ご本人控え)		

様式第一(第四条第二項第一号関係)

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

市区町村長氏名

印

様式第二(第四条第二項第二号関係)

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氏名

印