

（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			頁番号
健康管理	大項目		帳票タイトル					
	1.健康管理共通		01.宛名シール			...		1
			02.窓空き宛名					
	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			...		3
			02.養育医療券(病院・診療所用)					
			03.養育医療券(薬局用)					
	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(初回接種))			...		6
			03.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))					
			04.新型コロナワクチンの予診票					
			015.風しん追加的対策クーポン券					
			06.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))					
			07.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))					
	11.【予防接種】接種情報管理		01.予防接種済証(定期)			...		7
			02.予防接種済証(臨時)					
			03.予防接種済証(臨時・英語版)					
	12.【統計・報告】		該当帳票無し					

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

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

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						
	出生児体重					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	医療保険 負担額	公費負担額 - =	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 <div style="text-align: right;">市町村長 氏 名</div>									

（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									
<p>上記のとおり決定する。 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">市町村長 氏 名</p>											

（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	県 市	123456	請求先	県 市	123456	請求先	県 市	123456
	発券	0123456789	有効期限 2020 年 03 月	発券	0123456789	有効期限 2020 年 03 月	発券	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	県 市	123456	請求先	県 市	123456	請求先	県 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	0123456789	有効期限 2020 年 03 月	発券	0123456789	有効期限 2020 年 03 月	発券	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	県 市	123456	請求先	県 市	123456	請求先	県 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	0123456789	有効期限 2020 年 03 月	発券	0123456789	有効期限 2020 年 03 月	発券	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) 県 市長		

_____ 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

市区町村長氏名

印

_____ 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氏名

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]

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]