

（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	
健康管理	1.健康管理共通	上	01.宛名シール	令和8年4月1日	...
		下	02.宛空き宛名	令和8年4月1日	
	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	上	01.養育医療給付台帳		
		下	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	—	01.風しん追加的対策クーポン券	令和8年4月1日	...
	11.【予防接種】接種情報管理	上	01.予防接種済証（定期）		...
		下	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	—	—	—	—

※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]

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
請求先	〇〇県〇〇市		123456
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  (国保連提出用) 12345678901234567			

予防接種予診のみ

券 種	予防接種予診券(予診のみ)		2
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)		
自己負担額	(税抜) 0 円		
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  (国保連提出用) 1234567890123456799999			

予防接種

券 種	予防接種券		3
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)		
自己負担額	(税抜) 0 円		
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  (国保連提出用) 1234567890123456799999			

券 種	抗体検査券		1
請求先	〇〇県〇〇市		123456
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  (医療機関控え) 12345678901234567			

券 種	予防接種予診券(予診のみ)		2
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)		
自己負担額	(税抜) 0 円		
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  (医療機関控え) 1234567890123456799999			

券 種	予防接種券		3
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)		
自己負担額	(税抜) 0 円		
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  (医療機関控え) 1234567890123456799999			

券 種	抗体検査券		1
請求先	〇〇県〇〇市		123456
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  (ご本人控え) 12345678901234567			

券 種	予防接種予診券(予診のみ)		2
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)		
自己負担額	(税抜) 0 円		
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  (ご本人控え) 1234567890123456799999			

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
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		
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  (ご本人控え) 〇〇県〇〇市長 〇〇〇〇〇 1234567890123456799999			

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 氏名

印

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 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]	接種国 [Country of Caccination]

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)