

※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]

- 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 ⑥									

窓空宛名

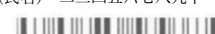
抗体検査

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			

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			

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			

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

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

印

予防疫種済証

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)