

※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]

- ・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<br>番号 | 都道府<br>県番号 | 実施機関<br>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<br>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<br>交付年月日等 | 医療券交付<br>年月日  |           |            |              | 保険<br>種別       | 保険区分           |       |        |         | 指定養育<br>医療機関 |            |      |
|               | 医 療 券<br>有効期間 |           |            |              |                | 保険者の<br>名 称    |       |        |         |              |            |      |
|               | 診 療<br>予定期間   |           |            |              |                | 被保険者等<br>記号・番号 |       |        |         |              |            |      |
| 請 求 月         | 診 療 月         | 診療<br>実日数 | 総医療費①      | 医療保険<br>負担額② | 公費負担額<br>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<br>受給者番号                       |                    |  |  |         |  |  |             | 年月日   |  |
| 医療保険各法による<br>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<br>続柄 |       |  |
|                                        | 住所                 |  |  |         |  |  |             |       |  |
| 指定養育医療機関<br>（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。<br>年 月 日<br><br>市町村長 氏 名 ㊞ |                    |  |  |         |  |  |             |       |  |

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<br>受 給 者 番 号             |                |                       |  |  |               |  |  |                  | 年 月 日     |  |  |
| 医 療 保 険 各 法 に よ る<br>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<br>続 柄 |           |  |  |
|                                        |                | 住 所                   |  |  |               |  |  |                  |           |  |  |
| 指 定 養 育<br>医 療 機 関                     | 薬 局            | 名 称                   |  |  |               |  |  |                  |           |  |  |
|                                        | 病 院 ・<br>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。<br>年 月 日<br><br>市町村長 氏 名 ⑩ |                |                       |  |  |               |  |  |                  |           |  |  |

## 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)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十<br><br>12345678901234567 (国保連提出用) |            |                  |        |

|                                                                                                                                               |            |                  |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------|--------|
| 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)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十<br><br>12345678901234567 (医療機関控え) |            |                  |        |

|                                                                                                                                                |            |                  |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------|--------|
| 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)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十<br><br>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      |
| 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)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十<br><br>1234567890123456799999 (国保連提出用) |                        |                  |        |

|                                                                                                                                                    |                        |                  |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------|--------|
| 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)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十<br><br>1234567890123456799999 (医療機関控え) |                        |                  |        |

|                                                                                                                                                     |                        |                  |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------|--------|
| 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)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十<br><br>1234567890123456799999 (ご本人控え) |                        |                  |        |

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)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十<br><br>1234567890123456799999 (国保連提出用) |                        |                  |        |

|                                                                                                                                                    |                        |                  |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------|--------|
| 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)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十<br><br>1234567890123456799999 (医療機関控え) |                        |                  |        |

|                                                                                                                                                                        |                        |                  |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------|--------|
| 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)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十<br><br>1234567890123456799999 (ご本人控え)<br>〇〇県〇〇市長<br>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

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

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 |   |
|------|------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------|---------------|---|
|      |                        | 帳票タイトル                                                 | 適合基準日                | 頁番号           |   |
| 健康管理 | 大項目                    |                                                        |                      |               |   |
|      | 1. 健康管理共通              | 01. 宛名シール<br>02. 宛空き宛名                                 | 令和8年4月1日<br>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<br>02. 養育医療券(病院・診療所用)<br>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）<br>02. 予防接種済証（臨時）<br>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<br>(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<br>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             | —                  | —                               | —                  | —        |