

令和 8 年度 那覇市予防接種手引書

(小児・高齢者・成人予防接種)

<目 次>

○委託料金表 P1

○那覇市個別予防接種における注意事項について P2～P10

1. 小児の予防接種について
2. 高齢者の予防接種について
3. 成人の予防接種について

○委託料請求書(様式集) P11～P30

- ・小児(ロタウイルス・B型肝炎・5種混合・小児用肺炎球菌・BCG・MR・水痘・日本脳炎・DT・HPV9価・麻しん・風しん・ヒブ・4種混合・DPT・不活化ポリオ)
- ・高齢者(肺炎球菌・带状疱疹ワクチン)
- ・成人(成人風しん第5期・RSウイルス母子免疫ワクチン)

○参考資料 那覇市予防接種実施要綱案 P31～P41

(4/1付 主な変更点)

- ・RSウイルス母子免疫ワクチン及び高齢者肺炎球菌 20 価が定期接種化
- ・HPV2 価及び 4 価、高齢者肺炎球菌 23 価が定期接種対象外
- ・HPV キャッチアップ制度が終了

令和 8 年 4 月 発行 版

《問合わせ先》

- ① 那覇市保健所 健康増進課 〒902-0076 那覇市与儀 1-3-21
予防接種グループ 電話 098-853-7961 FAX 098-853-7965
- ② 那覇市医師会生活習慣病検診センター 〒900-0034 那覇市東町 26-1
予防接種係 電話 098-868-9331 (直通) 098-860-8591
FAX 098-860-6696

【那覇市ホームページ 予防接種】

<https://www.city.naha.okinawa.jp/nahahokenjyo/yobou/1006398.html>

<医療機関向け> 那覇市予防接種実施要綱、請求書、予診票、事故報告書について



○ 委託料金表 (価格は消費税含む)

(令和8年4月現在)

| | 予防接種名 | 予診及び接種 | 予診のみ | |
|--------------|-------------------|---------|--------|-------------|
| 小児 | D T | 6,336円 | 1,705円 | 那覇市から直接払い |
| | DPT | 10,516円 | | |
| | BCG | 13,046円 | | |
| | 水痘 | 10,846円 | | |
| | 4種混合 | 12,441円 | | |
| | 風しん | 8,294円 | | |
| | 麻疹 | 8,294円 | | |
| | 日本脳炎 | 8,756円 | | |
| | 5種混合 | 21,241円 | | 那覇市医師会から支払い |
| | 不活化ポリオ | 11,176円 | | |
| | M R | 11,891円 | | |
| | ヒブ | 10,616円 | | |
| | 小児用肺炎球菌 | 13,101円 | | |
| | B型肝炎 | 8,602円 | | |
| | ヒトパピローマウイルス(9価) | 29,766円 | | |
| ロタリックス | 16,566円 | 1,100円 | | |
| ロタテック | 11,539円 | | | |
| 高齢者用肺炎球菌ワクチン | 11,561円 | | | |
| 高齢者 | 带状疱疹ワクチン(組換えワクチン) | 21,791円 | 1,100円 | 那覇市医師会から支払い |
| | // (生ワクチン) | 8,591円 | | |
| | 成人風しん第5期 MR | 10,351円 | | |
| 成人 | 成人風しん第5期 風しん単独 | 6,754円 | 1,100円 | 那覇市医師会から支払い |
| | RSウイルス母子免疫ワクチン | 29,931円 | | |

■被接種者からの実費徴収額

| 種類 | 実費徴収額 | 注 意 点 |
|----------------------|--------|---|
| 高齢者肺炎球菌ワクチン | 5,000円 | <ul style="list-style-type: none"> 委託医療機関が被接種者から徴収します。 予診のみの場合は、徴収不要です。 生活保護受給者又は中国残留邦人等支援給付受給者は、無料です。 |
| 高齢者带状疱疹ワクチン(組換えワクチン) | 9,000円 | |
| 高齢者带状疱疹ワクチン(生ワクチン) | 5,000円 | |

○ 那覇市個別予防接種における注意事項について

1. 小児の予防接種について

(1) 予診票等に関する注意事項 ※P10「予診票のチェック項目」を参照してください。

- ア 生年月日、親子健康手帳等により、当該予防接種の対象者であることを確認してください。
- イ 黒のボールペン等、消すことができないもので記載を行ってください。
- ウ 予診票の内容審査～お支払いまで迅速に行えるよう、那覇市の予診票の使用をお願いいたします。(各医療機関におかれましては、請求事務担当者から接種担当者へ、その旨周知頂けますよう、よろしくお願ひします)。
- エ マイナンバーカード等により、接種日時点で那覇市民であることを確認してください。住所に不明な点があるときは那覇市健康増進課へお問い合わせください。なお、次のような場合は公費助成対象外となる場合があります。
- ・ 那覇市の住所以外が予診票に記載されている場合 (被災者等、その旨那覇市からの依頼書を持参している方を除きます。)
 - ・ 接種日当日以前に転出した場合 (遡って那覇市に住所を有しなくなった場合も含まれます。)
- オ 予診票の質問事項及び体温の記入漏れ、医師、被接種者(又は代理人)の署名漏れ、またワクチンシールの貼付漏れがないかを確認してください。

(2) 各種予防接種相互の接種間隔は、以下のとおりです。

| | |
|------------------------|---|
| 生ワクチン注射 【BCG、MR、水痘】 | 生ワクチン注射 接種の翌日から起算し27日以上あける <u>(接種日の4週間後の同じ曜日から接種可能)</u> |
|------------------------|---|

※ただし、同じ種類のワクチンを複数回接種する場合は、ワクチンごとの接種間隔はありますのでご注意ください。この間隔が守られずに接種を行った場合は任意予防接種となり、委託料を支払うことができません。

注意 接種開始月齢により回数の異なる Hib ワクチン、小児肺炎球菌ワクチンは特に間違いが多くなっていますのでご注意願ひます。接種方法確認フロー(P7・P8)をご覧ください。

(3) ヒトパピローマウイルスワクチン及びRSウイルスワクチンにおいて、13歳以上16歳未満の対象者が保護者の同伴なしで接種を受ける場合は、あらかじめ予診票の保護者同意欄に保護者の自署が必要です。(ヒトパピローマウイルスワクチンについては別途「保護者同意書」の持参が必要)

※「保護者同意書」は、那覇市のホームページからダウンロードができます。

2. 高齢者の予防接種について

- (1) 予診票等に関する注意事項 ※P10「予診票のチェック項目」を参照してください。
- ア 黒のボールペン等、消すことができないもので記載を行ってください。
- イ 予診票の内容審査～お支払いまで迅速に行えるよう、那覇市の予診票の使用をお願いいたします。(各医療機関におかれましては、請求事務担当者から接種担当者へ、その旨周知頂けますよう、よろしくお祈いします)。
- ウ 予診票の年度が「令和8年度」となっていることを確認してください。(高齢者肺炎球菌ワクチンには年度記載なし)
- エ 那覇市から送る各種『予防接種のお知らせ』をもとに対象者へ予防接種の効果や副反応等について十分に説明され、理解を得た上で、接種を希望することを署名により確認ができた場合のみ接種を行ってください。
- オ 明確に対象者の意思確認ができない場合は接種不可です。
- カ 対象者が自署できず代理人が署名する場合は、対象者の意思を確認した後、被接種者の氏名と代理人の氏名及び続柄を記入させてください。
- キ マイナンバーカード等により、接種日時点で那覇市民であることを確認してください。住所に不明な点があるときは那覇市健康増進課へお問い合わせください。なお、次のような場合は公費助成対象外となることがあります。
- ・那覇市の住所以外が予診票に記載されている場合 (被災者等、その旨那覇市からの依頼書を持参している方を除きます。)
 - ・接種日当日以前に転出した場合 (遡って那覇市に住所を有しなくなった場合も含まれます。)
- ク 予診票の質問事項及び体温の記入漏れ、医師、被接種者(又は代理人)の署名漏れ、またワクチンシールの貼付漏れがないかを確認してください。
- (2) 予診票を持参していない場合
- ア 対象者から市へ再発行を依頼させるか、医療機関にて那覇市ホームページからダウンロードしてご利用ください。
- イ ダウンロードした際は、必ず、接種前(接種当日)に自己負担等の有無を那覇市健康増進課へ確認し、その旨を余白に記載してください。
- (3) 高齢者肺炎球菌ワクチンは、過去に定期接種で23価の接種歴のある方、あるいは任意接種で23価又は20価の接種歴があり20価の接種を行う必要がないと認められる方は、定期接種の対象外です。
- (4) 带状疱疹ワクチンについて
- ア 定期接種の対象者が既に一部の接種を任意接種として行った場合は、残りの接種を定期接種として扱うことができますが、定期接種の年度内に組換えワクチンと生ワクチンを交互接種することは定期接種として認められません。
- イ 組換えワクチンは2か月以上の接種間隔になっているか確認してください。疾病または治療により免疫機能低下等と医師が判断した場合は、1か月以上の間隔で接種できます。

3. 成人の予防接種について（成人風しん第5期、RS ウイルス母子免疫ワクチン）

(1) 予診票等に関する注意事項 ※P10「予診票のチェック項目」を参照してください。

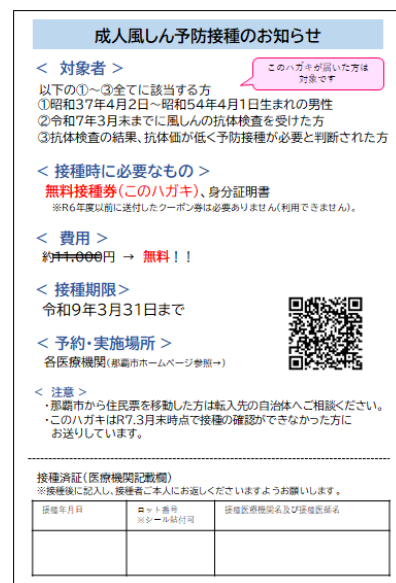
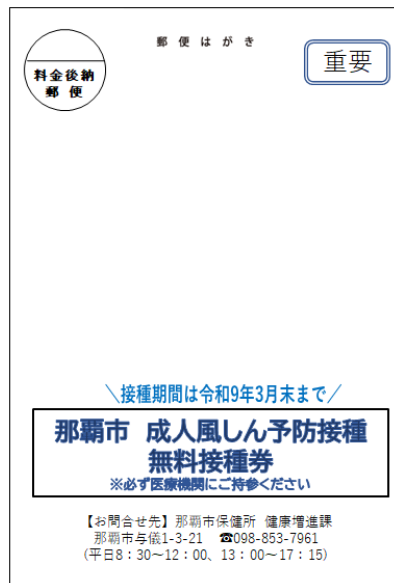
- ア 黒のボールペン等、消すことができないもので記載を行ってください。
- イ 予診票の内容審査～お支払いまで迅速に行えるよう、那覇市の予診票の使用をお願いいたします。（各医療機関におかれましては、請求事務担当者から接種担当者へ、その旨周知頂けますよう、よろしく申し上げます）。
- ウ マイナンバーカード等により、接種日時点で那覇市民であることを確認してください。住所に不明な点があるときは那覇市健康増進課へお問い合わせください。
なお、次のような場合は公費助成対象外となる場合があります。
 - ・ 那覇市の住所以外が予診票に記載されている場合（被災者等、その旨那覇市からの依頼書を持参している方を除きます）
 - ・ 接種日当日以前に転出した場合（遡って那覇市に住所を有しなくなった場合も含まれます）
- エ 予診票の質問事項及び体温の記入漏れ、医師、被接種者（又は代理人）の署名漏れ、またワクチンシールの貼付漏れがないかを確認してください。

(2) 対象者の確認方法

・ 成人風しん第5期

那覇市発行の以下の無料接種券（ハガキ）を持参している方が対象者です。

※紛失などにより、無料接種券（ハガキ）を持参してない場合は、那覇市健康増進課までご連絡ください。



・ RS ウイルス母子免疫ワクチン

「妊娠 28 週から 37 週に至るまでの者」が対象者です。親子健康手帳等により確認してください。

※接種後 14 日以内に出生した乳児における有効性は確立しておらず、妊娠 39 週に至るまでの間に妊娠終了を予定している場合は、その 14 日前までに接種を完了させることが望ましいことから、妊娠 39 週に至るまでの間に妊娠終了を予定している場合において、その 14 日前以降に接種を行う場合は上記について十分に説明を行い、同意を得られた場合に接種してください。

(3) 予防接種済証の交付

・成人風しん第5期

接種後、接種券の裏面下部欄に、接種年月日、ロット番号、実施場所、医師名を記載し、被接種者に交付してください。

・RS ウイルス母子免疫ワクチン

親子健康手帳の「その他の予防接種」欄に接種情報をご記入ください。

【1、2、3共通】

★那覇市の予診票をご利用ください。

対象者が持参しない場合は、那覇市ホームページからダウンロードをお願いします。

内容の審査をスムーズに行うためにも、那覇市の予診票の利用にご協力ください。

(各医療機関におかれましては、請求事務担当者から接種担当者へ、その旨周知いただきますようよろしくお願いいたします)。

※事前に連絡を頂ければ、予診票の配送も行っております。

4 請求に関すること

(1) 請求期限

- ア 予診票（原本）を添えて当月分を翌月 10 日までに那覇市医師会に提出してください。
各地区医師会会員以外の医療機関は、翌月 10 日までに那覇市に提出してください。
※予診票原本がないと支払いができません。
- イ 会計年度をまたいでの支払いはできません。請求遅延のないようお願いします。

(2) 請求金額

同一接種対象者に対して、同時に2種類以上の予防接種を見合わせた場合は、1種類の「予診のみ」1件の請求となります。

(3) 請求書の作成等

- ア 請求書は、訂正印や修正液等による修正は不可です。
- イ 既に那覇市へ「口座振込依頼書」を提出している場合は、変更がなければ毎回の記入は不要です。
- ウ 口座、住所、代表者等に変更がある場合は、那覇市医師会及び那覇市へご連絡ください。
医師会会員以外の医療機関は、那覇市へご連絡ください。
- エ 年度途中で「法人」になった等により債権者の変更があった際、債権者変更届を提出せず請求した場合や、債権者登録（正式な医療機関の名称及び代表者の役職氏名）のとおり請求書が整っていない場合は、振り込みができませんのでご注意ください。
- オ 前年度の請求書による請求はできません。本手引書に添付の令和8年度の請求書様式や単価等を確認のうえ、コピーにてご使用ください。

(4) 不備等による返却について

- ア 本手引書に記載の注意事項、その他予防接種法等に基づいた実施であると判断しかねる場合は、委託料をお支払いできないことがあり、訂正のため請求書等をご返却する場合があります。
- イ 予防接種関係法令等に基づかない対象年齢、接種回数、接種間隔、ワクチン接種量等に誤りがあった場合で、万一、被接種者に健康被害が生じたときは、予防接種法に基づく健康被害救済制度の対象となりませんので、十分ご注意ください。

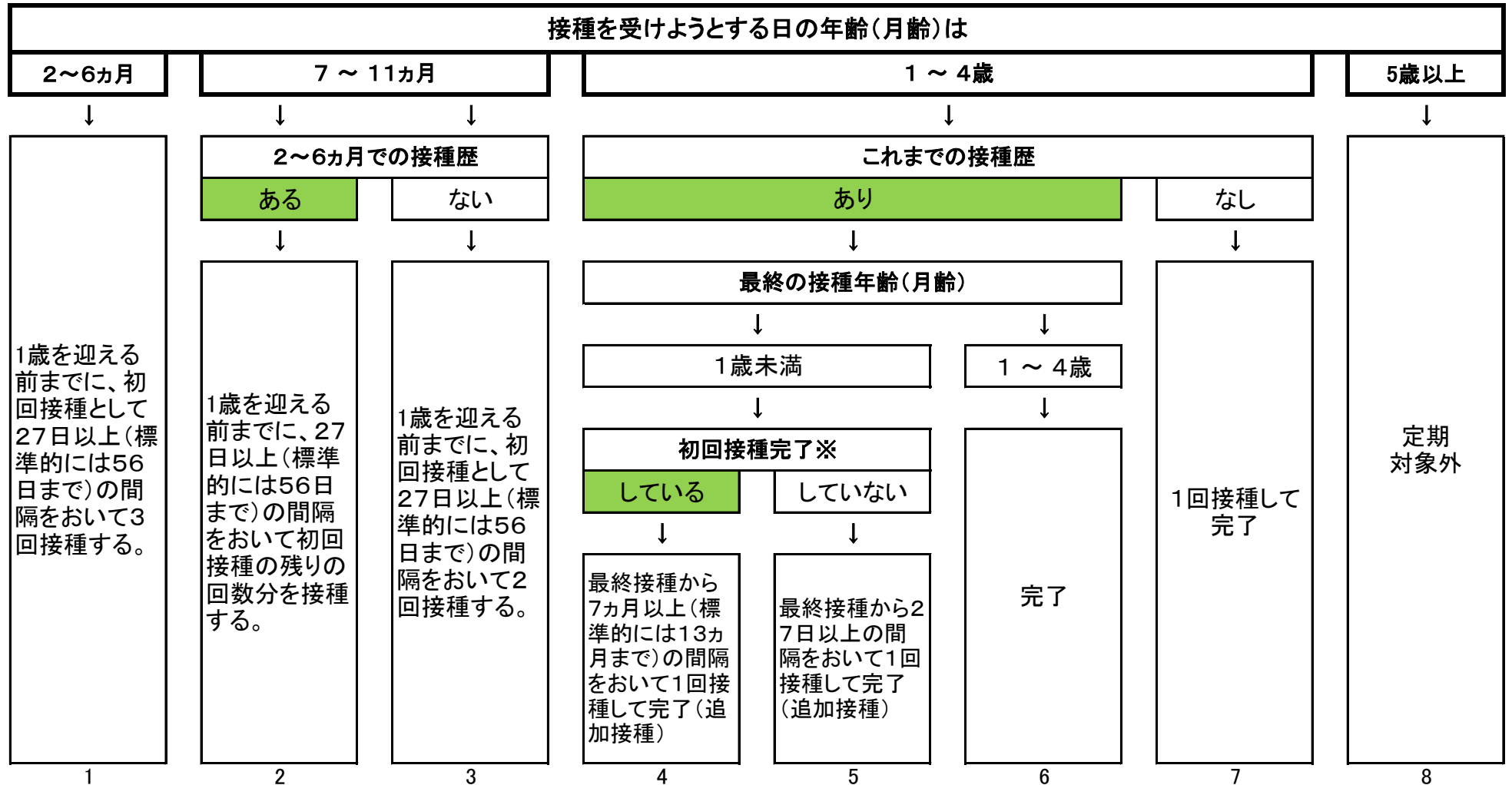
ご協力をお願い

- ◇那覇市では、各医療機関から提出された請求書を取りまとめて、一括して審査・振込処理を行っています。そのため、1か所の医療機関でも不備等があると、振込に遅れが生じます。請求書を送付する際には、「4 請求に関する事」を確認し、不備がないようお願いいたします。
- ◇**請求書の提出の遅れが多く見受けられます。提出期限の順守をよろしくお願ひします。**
- ◇那覇市のホームページより、請求書、予診票、那覇市予防接種実施要綱、予防接種の接種間隔について等の関連資料がダウンロードできますのでご利用ください。

請求受理から振込完了までスムーズな事務作業へのご協力をよろしくお願ひします。

接種方法確認フロー【ヒブ】

※このフローチャートは、接種を受けようとする日時点での接種方法(残りの接種回数および接種間隔)を示しています。接種のたびに確認が必要です



※初回接種完了とは...

- 1回目の接種が2~6カ月の場合、1歳になる前までに3回終了していること
- 1回目の接種が7~11カ月の場合、1歳になる前までに2回終了していること

日本脳炎特例措置対象者の接種間隔について

| 接種対象者 | 接種間隔 |
|--|---|
| <p>平成7年4月2日から平成19年4月1日に生まれた者で、20歳未満の者かつ、日本脳炎第1期、第2期の未接種分がある者</p> <p>※1期2回目の接種が1期1回目の接種から1年～数年経過し、早めに確実な免疫を獲得することが必要と接種医が判断した場合は、1期2回目と1期追加の接種間隔を6か月未満にすることが可能です。</p> <p>※なお、1期2回目と1期追加の間隔を6か月未満で接種する場合、行政措置（那覇市独自の措置）となり、定期外接種です。行政措置は、副反応が発生した際の救済制度が定期接種とは異なりますので、保護者への説明をお願いいたします。また、行政措置として接種した際は、予診票の余白部分に「行政措置」とご記入ください。</p> | <p>【平成23年5月19日以前に1～3回接種している者】</p> <p>・6日以上の間隔をおいて残りの回数を接種する</p> <hr/> <p>【平成23年5月19日以前の接種歴が0回の者】</p> <p style="text-align: center;"> 1期(1回目) 1期(2回目) 1期(追加) 2期 20歳未満 </p> <p style="text-align: center;"> ↓ ↓ ↓ ↓ </p> <p style="text-align: center;"> 6日以上 ※6か月以上 6日以上 </p> |

予診票のチェック項目

予防接種及び委託料請求時には、予診票の記入もれ等がないか確認してください。
(※のある項目に不備がある場合、返戻となる可能性があります。)

| 各項目 | |
|---|--|
| 1. 保護者記入及び医療機関記入欄 | |
| a | 体温 |
| b | 接種回数（BCG・高齢者肺炎球菌・インフル・コロナ・成人風しん第5期・RSウイルス母子免疫ワクチン予防接種を除く） |
| c | 被接種者氏名（フルネーム）、フリガナ、性別 |
| d | 生年月日 |
| e | （小児のみ）保護者氏名（フルネーム） |
| ※f | 住所（那覇市の住所が記載されているか） |
| †市外の住所の記載がある場合は、那覇市へ対象者が確認してください。（被災者等、市発行の通知を持参した場合を除きます。） †対象外の場合は、請求不可。 | |
| 2. 医師の記入欄 | |
| a | 「実施できる（または可能）」・「見合わせる」・「いずれかを○で囲む |
| b | （見合わせるの場合）”予診のみ”の <input checked="" type="checkbox"/> |
| c | 「質問事項」の「医師記入欄」に、（確認済みであることが分かるように）印をつける。 |
| ※d | 医師署名または記名押印 |
| †予防接種ガイドラインで、「署名は医師の直筆で行う。ゴム印等で記名した場合は医師の押印を行う。」とされています。ゴム印等で記名した場合は、必ず医師の押印をお願いします。 | |
| 3. （小児予防接種のみ）保護者の記入欄 | |
| a | 「同意します」・「同意しません」・「いずれかを○で囲む |
| ※b | 保護者自署（フルネーム） |
| †予防接種の有効性、接種後の副反応や予防接種健康被害救済制度について、被接種者またはその保護者へ説明を行い、自署により同意を得た場合に限り接種を行うこととなっています。必ず自署させてください。 | |
| 4. 接種希望書（高齢者と成人予防接種のみ） | |
| ※a | 被接種者又は代理人氏名（フルネーム） |
| b | （代理人の場合）続柄 ・被接種者が自署できず代理人が署名する場合は、被接種者名と代理人の氏名及び続柄を記入させてください。 |
| †高齢者の予防接種は、接種を希望することを署名により確認できた場合のみ、接種を行ってください。 | |
| 5. 使用ワクチン名（シールの貼り付け可） | |
| a | ワクチン名 |
| b | （Lot No.） |
| †万が一副反応が出た場合に備え、ワクチンメーカー名の確認のために必要な項目となっております。特に記入もれが多い項目となっておりますので、忘れずにご記入をお願いします（シール可）。 | |
| 6. 接種量及び部位 | |
| a | 接種量の <input checked="" type="checkbox"/> または記入 |
| b | 接種方法・部位の <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7. 助成額（高齢者予防接種のみ） | |
| a | 自己負担額 |
| b | 自己負担なしの <input checked="" type="checkbox"/> |
| †例年、事前の調整がなく任意接種用の予診票を利用する事例が多くみられます。予診票の審査をスムーズに行うため、原則、那覇市の予診票をご利用ください。 †接種の前に必ず那覇市へ対象者かどうか、及び自己負担額の確認をお願いします。 | |
| 8. 実施場所・医師名 | |
| a | 実施場所（院内で実施していない場合、医師の勤務医療機関も併記） |
| b | 医師名 |
| c | 接種年月日 |

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーにてお使いください。

請求書 (ロタウイルス)

那覇市長 様

年 月 日

〒

住 所

医療機関名

代表者名

印

電話番号

FAX

担当者名

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

(年 月分)

| | | | | | | | | |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|
| 請求額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | + | - |
| | | | | | | | | |

※上記の請求額については、④の請求合計を記入し、頭に¥マークを入れてください。

※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

| 項 目 | 人数 | 単価 | 金 額 |
|---------------|----|----------|-----|
| ①予診のみ | 人 | 1,705 円 | 円 |
| ②ロタリックス | 人 | 16,566 円 | 円 |
| ③ロタテック | 人 | 11,539 円 | 円 |
| ④請求合計 (①+②+③) | 人 | — | 円 |

(※内訳については正しい人数、金額をご記入ください)

(消費税込み)

注：④の請求合計の金額は、上記の「請求額」欄に記入する。

| | | | | |
|------------------|-------|-------------------|--|-------|
| 受 取 口 座 | 金融機関名 | 銀行 | | 支店 |
| | | 金融コード | | 支店コード |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 3 その他 (| | 口座番号 |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名 | | | |

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、変更の手続きが必要になりますので下記までご連絡をお願いします。

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチキス (左上側) または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締め翌月10日 (必着) まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《送付先》

那覇市医師会生活習慣病検診センター (予防接種係)

住 所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

TEL (098) 860-8591

FAX (098) 860-6696

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーにてお使いください。

請求書 (B型肝炎)

那覇市長 様

年 月 日

〒

住 所

医療機関名

代表者名

電話番号

FAX

担当者名

印

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

(年 月分)

| | | | | | | | | |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|
| 請求額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 一 |
| | | | | | | | | |

※上記の請求額については、頭に¥マークを入れてください。

※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

| 項 目 | 人数 | 単価 | 金 額 |
|--------|----|---------|-----|
| 予診のみ | 人 | 1,705 円 | 円 |
| 予診及び接種 | 人 | 8,602 円 | 円 |
| 合計 | 人 | — | 円 |

(※内訳については正しい人数、金額をご記入ください)

(消費税込み)

| | | | | |
|------------------|-------|-------------------|-------|------|
| 受 取 口 座 | 金融機関名 | 銀行 | | 支店 |
| | | 金融コード | 支店コード | |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 3 その他 (| | 口座番号 |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名 | | | |

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、変更の手続きが必要になりますので下記までご連絡をお願いします。

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチキス(左上側)または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締め翌月10日(必着)まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《送付先》 那覇市医師会生活習慣病検診センター (予防接種係)

住 所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

TEL (098) 860-8591

FAX (098) 860-6696

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーにてお使いください。

請求書（5種混合）

那覇市長 様

年 月 日

〒

住 所

医療機関名

代表者名

印

電話番号

FAX

担当者名

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

（ 年 月分）

| 請求額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | + | - |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

※上記の請求額については、頭に¥マークを入れてください。

※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

| 項 目 | 人数 | 単価 | 金 額 |
|--------|----|----------|-----|
| 予診のみ | 人 | 1,705 円 | 円 |
| 予診及び接種 | 人 | 21,241 円 | 円 |
| 合計 | 人 | — | 円 |

（※内訳については正しい人数、金額をご記入ください）

（消費税込み）

| 受 取 口 座 | 金融機関名 | 銀行 | | 支店 |
|------------------|-------|------------------|-------|------|
| | | 金融コード | 支店コード | |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 3 その他（ | | 口座番号 |
| | フリガナ | | | |
| | 口 座 名 | | | |
| | | | | |

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、那覇市に債権者登録（変更）が必要ですので、

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチギス（左上側）または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締めの日10日（必着）まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《 送付先 》 那覇市医師会生活習慣病検診センター（予防接種係）

住 所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

TEL (098) 860-8591

FAX (098) 860-6696

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーにてお使いください。

請求書（小児用肺炎球菌）

那覇市長 様

年 月 日

〒

住 所

医療機関名

代表者名

電話番号

FAX

担当者名

印

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

(年 月分)

| | | | | | | | | |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|
| 請求額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 一 |
| | | | | | | | | |

※上記の請求額については、頭に¥マークを入れてください。

※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

| 項 目 | 人数 | 単価 | 金 額 |
|--------|----|----------|-----|
| 予診のみ | 人 | 1,705 円 | 円 |
| 予診及び接種 | 人 | 13,101 円 | 円 |
| 合計 | 人 | — | 円 |

(※内訳については正しい人数、金額をご記入ください)

(消費税込み)

| | | | | |
|------------------|-------|-------------------|-------|------|
| 受 取 口 座 | 金融機関名 | 銀行 | | 支店 |
| | | 金融コード | 支店コード | |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 3 その他 (| | 口座番号 |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名 | | | |

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、変更の手続きが必要になりますので下記までご連絡をお願いします。

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチキス（左上側）または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締め翌月10日（必着）まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《送付先》 那覇市医師会生活習慣病検診センター（予防接種係）

住 所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

TEL (098) 860-8591

FAX (098) 860-6696

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーにてお使いください。

請求書 (B C G)

那 覇 市 長 様

年 月 日

〒

住 所

医療機関名

代表者名

印

電話番号

FAX

担当者名

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

(年 月分)

| | | | | | | | | |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|
| 請求額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | + | - |
| | | | | | | | | |

※上記の請求額については、頭に¥マークを入れてください。

※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

| 項 目 | 人数 | 単価 | 金 額 |
|--------|----|----------|-----|
| 予診のみ | 人 | 1,705 円 | 円 |
| 予診及び接種 | 人 | 13,046 円 | 円 |
| 合計 | 人 | — | 円 |

(※内訳については正しい人数、金額をご記入ください)

(消費税込み)

| | | | | |
|------------------|-------|-------------------|-------|------|
| 受 取 口 座 | 金融機関名 | 銀行 | | 支店 |
| | | 金融コード | 支店コード | |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 3 その他 (| | 口座番号 |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名 | | | |

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、那覇市に債権者登録(変更)が必要です。

那覇市保健所健康増進課 (TEL 853-7961) 予防接種グループへご連絡ください。

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチキス(左上側)または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締めの日10日(必着)まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《送付先》 那覇市医師会生活習慣病検診センター(予防接種係)

住 所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

TEL (098) 860-8591

FAX (098) 860-6696

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーにてお使いください。

請求書 (M R)

那覇市長 様

年 月 日

〒

住 所

医療機関名

代表者名

電話番号

FAX

担当者名

印

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

(年 月分)

| | | | | | | | | |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|
| 請求額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 一 |
| | | | | | | | | |

※上記の請求額については、頭に¥マークを入れてください。

※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

| 項 目 | 人数 | 単価 | 金 額 |
|--------|----|----------|-----|
| 予診のみ | 人 | 1,705 円 | 円 |
| 予診及び接種 | 人 | 11,891 円 | 円 |
| 合計 | 人 | — | 円 |

(※内訳については正しい人数、金額をご記入ください)

(消費税込み)

| | | | | |
|------------------|-------|-------------------|-------|------|
| 受 取 口 座 | 金融機関名 | 銀行 | | 支店 |
| | | 金融コード | 支店コード | |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 3 その他 (| | 口座番号 |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名 | | | |

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、変更の手続きが必要になりますので下記までご連絡をお願いします。

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチキス(左上側)または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締め翌月10日(必着)まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《送付先》 那覇市医師会生活習慣病検診センター (予防接種係)

住 所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

TEL (098) 860-8591

FAX (098) 860-6696

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーにてお使いください。

請求書（水痘）

那覇市長 様

年 月 日

〒

住 所

医療機関名

代表者名

電話番号

FAX

担当者名

印

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

(年 月分)

| | | | | | | | | |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|
| 請求額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 一 |
| | | | | | | | | |

※上記の請求額については、頭に¥マークを入れてください。

※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

| 項 目 | 人数 | 単価 | 金 額 |
|--------|----|----------|-----|
| 予診のみ | 人 | 1,705 円 | 円 |
| 予診及び接種 | 人 | 10,846 円 | 円 |
| 合計 | 人 | — | 円 |

(※内訳については正しい人数、金額をご記入ください)

(消費税込み)

| | | | | |
|------------------|-------|-------------------|-------|------|
| 受 取 口 座 | 金融機関名 | 銀行 | | 支店 |
| | | 金融コード | 支店コード | |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 3 その他 (| | 口座番号 |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名 | | | |

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、那覇市に債権者登録(変更)が必要です。

那覇市保健所健康増進課 (TEL 853-7961) 予防接種グループへご連絡ください。

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチキス(左上側)または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締めの日10日(必着)まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《送付先》 那覇市医師会生活習慣病検診センター(予防接種係)

住 所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

TEL (098) 860-8591

FAX (098) 860-6696

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーにてお使いください。

請求書（日本脳炎）

那覇市長 様

年 月 日

〒

住 所

医療機関名

代表者名

電話番号

FAX

担当者名

印

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

(年 月分)

| | | | | | | | | |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|
| 請求額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | + | - |
| | | | | | | | | |

※上記の請求額については、頭に¥マークを入れてください。

※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

| 項 目 | 人数 | 単価 | 金 額 |
|--------|----|---------|-----|
| 予診のみ | 人 | 1,705 円 | 円 |
| 予診及び接種 | 人 | 8,756 円 | 円 |
| 合計 | 人 | — | 円 |

(※内訳については正しい人数、金額をご記入ください)

(消費税込み)

| | | | | |
|------------------|-------|-------------------|-------|------|
| 受 取 口 座 | 金融機関名 | 銀行 | | 支店 |
| | | 金融コード | 支店コード | |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 3 その他 (| | 口座番号 |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名 | | | |

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、那覇市に債権者登録(変更)が必要です。

那覇市保健所健康増進課 (TEL 853-7961) 予防接種グループへご連絡ください。

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチキス(左上側)または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締めの日10日(必着)まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《送付先》 那覇市医師会生活習慣病検診センター(予防接種係)

住 所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

TEL (098) 860-8591

FAX (098) 860-6696

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーにてお使いください。

請求書 (D T)

那 覇 市 長 様

年 月 日

〒

住 所

医療機関名

代表者名

印

電話番号

FAX

担当者名

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

(年 月分)

| | | | | | | | | |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|
| 請求額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 一 |
| | | | | | | | | |

※上記の請求額については、頭に¥マークを入れてください。

※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

| 項 目 | 人数 | 単価 | 金 額 |
|--------|----|---------|-----|
| 予診のみ | 人 | 1,705 円 | 円 |
| 予診及び接種 | 人 | 6,336 円 | 円 |
| 合計 | 人 | — | 円 |

(※内訳については正しい人数、金額をご記入ください)

(消費税込み)

| | | | | |
|------------------|-------|-------------------|-------|------|
| 受 取 口 座 | 金融機関名 | 銀行 | | 支店 |
| | | 金融コード | 支店コード | |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 3 その他 (| | 口座番号 |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名 | | | |

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、那覇市に債権者登録(変更)が必要ですので、

那覇市保健所健康増進課 (TEL 853-7961) 予防接種グループへご連絡ください。

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチキス(左上側)または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締めの日10日(必着)まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《送付先》 那覇市医師会生活習慣病検診センター(予防接種係)

住 所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

TEL (098) 860-8591

FAX (098) 860-6696

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーにてお使いください。

請求書 (HPV9価)

那覇市長 様

年 月 日

〒

住所

医療機関名

代表者名

印

電話番号

FAX

担当者名

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

(年 月分)

| | | | | | | | | |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|
| 請求額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | + | - |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|

※上記の請求額については、頭に¥マークを入れてください。

※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

| 項目 | 人数 | 単価 | 金額 |
|--------|----|----------|----|
| 予診のみ | 人 | 1,705 円 | 円 |
| 予診及び接種 | 人 | 29,766 円 | 円 |
| 合計 | 人 | — | 円 |

(※内訳については正しい人数、金額をご記入ください)

(消費税込み)

| | | | | |
|------|-------|-------------------|-------|------|
| 受取口座 | 金融機関名 | 銀行 | | 支店 |
| | | 金融コード | 支店コード | |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 3 その他 (| | □座番号 |
| | フリガナ | | | |
| | □座名 | | | |

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、変更の手続きが必要になりますので下記までご連絡をお願いします。

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチキス(左上側)または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締め翌月10日(必着)まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《送付先》

那覇市医師会生活習慣病検診センター (予防接種係)

住所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

TEL (098) 860-8591

FAX (098) 860-6696

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーにてお使いください。

請求書 (麻しん)

那 覇 市 長 様

年 月 日

〒

住 所

医療機関名

代表者名

電話番号

FAX

担当者名

印

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

(年 月分)

| | | | | | | | | |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|
| 請求額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | + | - |
| | | | | | | | | |

※上記の請求額については、頭に¥マークを入れてください。

※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

| 項 目 | 人数 | 単価 | 金 額 |
|--------|----|---------|-----|
| 予診のみ | 人 | 1,705 円 | 円 |
| 予診及び接種 | 人 | 8,294 円 | 円 |
| 合計 | 人 | — | 円 |

(※内訳については正しい人数、金額をご記入ください)

(消費税込み)

| | | | | |
|------------------|-------|-------------------|-------|------|
| 受 取 口 座 | 金融機関名 | 銀行 | | 支店 |
| | | 金融コード | 支店コード | |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 3 その他 (| | 口座番号 |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名 | | | |

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、那覇市に債権者登録(変更)が必要です。

那覇市保健所健康増進課 (TEL 853-7961) 予防接種グループへご連絡ください。

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチキス(左上側)または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締めの日10日(必着)まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《送付先》 那覇市医師会生活習慣病検診センター(予防接種係)

住 所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

TEL (098) 860-8591

FAX (098) 860-6696

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーにてお使いください。

請求書 (風しん)

那 覇 市 長 様

年 月 日

〒

住 所

医療機関名

代表者名

印

電話番号

FAX

担当者名

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

(年 月分)

| | | | | | | | | |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|
| 請求額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | + | - |
| | | | | | | | | |

※上記の請求額については、頭に¥マークを入れてください。

※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

| 項 目 | 人数 | 単価 | 金 額 |
|--------|----|---------|-----|
| 予診のみ | 人 | 1,705 円 | 円 |
| 予診及び接種 | 人 | 8,294 円 | 円 |
| 合計 | 人 | — | 円 |

(※内訳については正しい人数、金額をご記入ください)

(消費税込み)

| | | | | |
|------------------|-------|-------------------|-------|------|
| 受 取 口 座 | 金融機関名 | 銀行 | | 支店 |
| | | 金融コード | 支店コード | |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 3 その他 (| | 口座番号 |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名 | | | |

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、那覇市に債権者登録(変更)が必要です。

那覇市保健所健康増進課 (TEL 853-7961) 予防接種グループへご連絡ください。

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチキス(左上側)または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締めの日10日(必着)まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《送付先》 那覇市医師会生活習慣病検診センター(予防接種係)

住 所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

TEL (098) 860-8591

FAX (098) 860-6696

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーにてお使いください。

請求書 (ヒ ブ)

那 覇 市 長 様

年 月 日

〒

住 所

医療機関名

代表者名

印

電話番号

FAX

担当者名

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

(年 月分)

| | | | | | | | | |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|
| 請求額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 一 |
| | | | | | | | | |

※上記の請求額については、頭に¥マークを入れてください。

※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

| 項 目 | 人数 | 単価 | 金 額 |
|--------|----|----------|-----|
| 予診のみ | 人 | 1,705 円 | 円 |
| 予診及び接種 | 人 | 10,616 円 | 円 |
| 合計 | 人 | — | 円 |

(※内訳については正しい人数、金額をご記入ください)

(消費税込み)

| | | | | |
|------------------|-------|---------------------|-------|------|
| 受 取 口 座 | 金融機関名 | 銀行 | | 支店 |
| | | 金融コード | 支店コード | |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 3 その他 () | | 口座番号 |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名 | | | |

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、変更の手続きが必要になりますので下記までご連絡をお願いします。

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチキス（左上側）または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締め翌月10日（必着）まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《送付先》 那覇市医師会生活習慣病検診センター（予防接種係）

住 所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

TEL (098) 860-8591

FAX (098) 860-6696

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーにてお使いください。

請求書（４種混合）

那覇市長 様

年 月 日

〒

住 所

医療機関名

代表者名

電話番号

FAX

担当者名

印

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

(年 月分)

| | | | | | | | | |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|
| 請求額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | + | - |
| | | | | | | | | |

※上記の請求額については、頭に¥マークを入れてください。

※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

| 項 目 | 人数 | 単価 | 金 額 |
|--------|----|----------|-----|
| 予診のみ | 人 | 1,705 円 | 円 |
| 予診及び接種 | 人 | 12,441 円 | 円 |
| 合計 | 人 | — | 円 |

(※内訳については正しい人数、金額をご記入ください)

(消費税込み)

| | | | | |
|------------------|-------|-------------------|-------|------|
| 受 取 口 座 | 金融機関名 | 銀行 | | 支店 |
| | | 金融コード | 支店コード | |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 3 その他 (| | 口座番号 |
| | フリガナ | | | |
| | 口 座 名 | | | |

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、那覇市に債権者登録(変更)が必要です。

那覇市保健所健康増進課 (TEL 853-7961) 予防接種グループへご連絡ください。

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチキス(左上側)または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締めの日10日(必着)まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《送付先》 那覇市医師会生活習慣病検診センター(予防接種係)

住 所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

TEL (098) 860-8591

FAX (098) 860-6696

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーにてお使いください。

請求書 (DPT)

那 覇 市 長 様

年 月 日

〒

住 所

医療機関名

代表者名

電話番号

FAX

担当者名

印

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

(年 月分)

| | | | | | | | | |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|
| 請求額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | + | - |
| | | | | | | | | |

※上記の請求額については、頭に¥マークを入れてください。

※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

| 項 目 | 人数 | 単価 | 金 額 |
|--------|----|----------|-----|
| 予診のみ | 人 | 1,705 円 | 円 |
| 予診及び接種 | 人 | 10,516 円 | 円 |
| 合計 | 人 | — | 円 |

(※内訳については正しい人数、金額をご記入ください)

(消費税込み)

| | | | | |
|------------------|-------|-------------------|-------|------|
| 受 取 口 座 | 金融機関名 | 銀行 | | 支店 |
| | | 金融コード | 支店コード | |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 3 その他 (| | 口座番号 |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名 | | | |

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、那覇市に債権者登録(変更)が必要です。

那覇市保健所健康増進課 (TEL 853-7961) 予防接種グループへご連絡ください。

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチキス(左上側)または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締めの日10日(必着)まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《送付先》 那覇市医師会生活習慣病検診センター(予防接種係)

住 所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

TEL (098) 860-8591

FAX (098) 860-6696

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーにてお使いください。

請求書（不活化ポリオ）

那覇市長 様

年 月 日

〒

住 所

医療機関名

代表者名

電話番号

FAX

担当者名

印

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

(年 月分)

| | | | | | | | | |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|
| 請求額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 一 |
| | | | | | | | | |

※上記の請求額については、頭に¥マークを入れてください。

※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

| 項 目 | 人数 | 単価 | 金 額 |
|--------|----|----------|-----|
| 予診のみ | 人 | 1,705 円 | 円 |
| 予診及び接種 | 人 | 11,176 円 | 円 |
| 合計 | 人 | — | 円 |

(※内訳については正しい人数、金額をご記入ください)

(消費税込み)

| | | | | |
|------------------|-------|-------------------|-------|------|
| 受 取 口 座 | 金融機関名 | 銀行 | | 支店 |
| | | 金融コード | 支店コード | |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 3 その他 (| | 口座番号 |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名 | | | |

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、変更の手続きが必要になりますので下記までご連絡をお願いします。

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチキス（左上側）または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締め翌月10日（必着）まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《送付先》 那覇市医師会生活習慣病検診センター（予防接種係）

住 所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

TEL (098) 860-8591

FAX (098) 860-6696

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーにてお使いください。

請求書 (高齢者肺炎球菌)

那覇市長 様

年 月 日

〒

住 所

医療機関名

代表者名

印

電話番号

FAX

担当者名

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

(年 月分)

| | | | | | | | | |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|
| 請求額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 一 |
| | | | | | | | | |

※上記の請求額については、④の請求合計を記入し、頭に¥マークを入れてください。
※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

| 項 目 | 人数 | 単価 | 金 額 |
|-----------------|----|----------|-----|
| ①予診のみ | 人 | 1,100 円 | 円 |
| ②予診及び接種(自己負担あり) | 人 | 6,561 円 | 円 |
| ③予診及び接種(自己負担なし) | 人 | 11,561 円 | 円 |
| ④請求合計 (①+②+③) | 人 | — | 円 |

(※内訳については正しい人数、金額をご記入ください)

(消費税込み)

注1：自己負担額 5,000円

注2：④の請求合計の金額は、上記の「請求額」欄に記入する。

| | | | | |
|------------------|-------|-------------------|-------|------|
| 受 取 口 座 | 金融機関名 | 銀行 | | 支店 |
| | | 金融コード | 支店コード | |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 3 その他 (| | 口座番号 |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名 | | | |

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、変更の手続きが必要になりますので下記までご連絡をお願いします。

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチキス(左上側)または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締め翌月10日(必着)まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《送付先》 那覇市医師会生活習慣病検診センター (予防接種係)

住 所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

TEL (098) 860-8591

FAX (098) 860-6696

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーにてお使いください。

請求書 (高齢者带状疱疹ワクチン)

那覇市長 様

年 月 日

〒

住 所

医療機関名

代表者名

電話番号

FAX

担当者名

印

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

(年 月分)

| | | | | | | | | |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|
| 請求額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | + | - |
| | | | | | | | | |

※上記の請求額については、④の請求合計を記入し、頭に¥マークを入れてください。
※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

| 項 目 | 人数 | 単価 | 金 額 |
|---------------------|---------|---------|----------|
| ①予診のみ | 人 | 1,100 円 | 円 |
| ②予診及び接種 (自己負担あり) | 組換えワクチン | 人 | 12,791 円 |
| | 生ワクチン | 人 | 3,591 円 |
| ③予診及び接種 (自己負担なし) | 組換えワクチン | 人 | 21,791 円 |
| | 生ワクチン | 人 | 8,591 円 |
| ④請求合計 (①+②+③) | 人 | — | 円 |

(※内訳については正しい人数、金額をご記入ください)

(消費税込み)

注1：自己負担額 不活化：9,000円 生：5,000円

注2：④の請求合計の金額は、上記の「請求額」欄に記入する。

| | | | | |
|------------------|-------|-------------------|-------|------|
| 受 取 口 座 | 金融機関名 | 銀行 | | 支店 |
| | | 金融コード | 支店コード | |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 3 その他 (| | 口座番号 |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名 | | | |

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、変更の手続きが必要になりますので下記までご連絡をお願いします。

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチキス(左上側)または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締め翌月10日(必着)まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《送付先》 那覇市医師会生活習慣病検診センター (予防接種係)

住 所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

TEL (098) 860-8591

FAX (098) 860-6696

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーしてお使いください。

請求書（成人風しん第5期）

那覇市長 様

年 月 日

〒

住 所

医療機関名

代表者名

電話番号

FAX

担当者名

印

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

(年 月分)

| | | | | | | | | |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|
| 請求額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | + | - |
| | | | | | | | | |

※上記の請求額については、頭に¥マークを入れてください。

※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

| 項 目 | 人数 | 単価 | 金 額 |
|--------|------------|----------|-----|
| 予診のみ | 人 | 1,100 円 | 円 |
| 予診及び接種 | MR | 10,351 円 | 円 |
| | 風しん 単 独 | 6,754 円 | 円 |
| 合計 | 人 | — | 円 |

(※内訳については正しい人数、金額をご記入ください)

(消費税込み)

| | | | | |
|------|-------|-------------------|-------|------|
| 受取口座 | 金融機関名 | 銀行 | | 支店 |
| | | 金融コード | 支店コード | |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 3 その他 (| | 口座番号 |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名 | | | |

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、変更の手続きが必要になりますので下記までご連絡をお願いします。

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチキス（左上側）または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締め翌月10日（必着）まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《送付先》 那覇市医師会生活習慣病検診センター（予防接種係）

住 所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

TEL (098) 860-8591

FAX (098) 860-6696

(注) これは原本として備え置き、毎月の請求書についてはお手数ですがコピーしてお使いください。

請求書 (RSウイルス母子免疫ワクチン)

那覇市長 様

年 月 日

〒

住 所

医療機関名

代表者名

電話番号

FAX

担当者名

印

予防接種を以下のとおり実施したので、委託契約に基づき請求します。

(年 月分)

| | | | | | | | | |
|-----|----|----|----|---|---|---|---|---|
| 請求額 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 一 |
| | | | | | | | | |

※上記の請求額については、頭に¥マークを入れてください。

※金額については訂正できません。訂正が必要な場合は請求書を差し替えてください。

| 項 目 | 人数 | 単価 | 金 額 |
|--------|----|----------|-----|
| 予診のみ | 人 | 1,100 円 | 円 |
| 予診及び接種 | 人 | 29,931 円 | 円 |
| 合計 | 人 | — | 円 |

(※内訳については正しい人数、金額をご記入ください)

(消費税込み)

| | | | | |
|------------------|-------|-------------------|-------|------|
| 受 取 口 座 | 金融機関名 | 銀行 | | 支店 |
| | | 金融コード | 支店コード | |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 3 その他 (| | 口座番号 |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名 | | | |

注1) 口座名義は通帳よりご確認のうえ、正しくお書きください。

※ 那覇市医師会会員の医療機関は口座に変更がない場合、受取口座欄の記入は不要です。

受取口座に変更がある場合は、変更の手続きが必要になりますので下記までご連絡をお願いします。

注2) 請求書に予診票を添え、ホッチキス(左上側)または紙ひもで留めてください。

注3) 請求書に予診票を添えて毎月、月末締め翌月10日(必着)まで下記の送付先にご提出ください。

※10日を過ぎた場合は、次月に繰越しご請求ください。

《送付先》 那覇市医師会生活習慣病検診センター (予防接種係)

住 所 〒900-0034 那覇市東町26番1号

TEL (098) 860-8591

FAX (098) 860-6696

那覇市予防接種実施要綱 (案)

平成23年7月4日健康部長決裁

(趣旨)

第1条 この要綱は、予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）第2条第4項に規定する定期の予防接種、行政措置予防接種（第2条第3号に規定する行政措置予防接種をいう。）及び法第2条第5項に規定する臨時の予防接種について、必要な事項を定める。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 被接種者 予防接種を受ける日において、現に那覇市に居住し、かつ、住所を有し、予防接種を受けようとする者をいう。
- (2) 原発避難者特例法で定める避難住民 東日本大震災における原子力発電所の事故による災害に対処するための避難住民に係る事務処理の特例及び住所移転者に係る措置に関する法律（平成23年法律第98号）第2条第3項の避難住民で市内に居住する者
- (3) 行政措置予防接種 定期の予防接種及び臨時の予防接種以外の任意の予防接種として那覇市が実施する予防接種をいう。
- (4) 実施医療機関 那覇市長の要請に応じて定期の予防接種、臨時の予防接種及び行政措置予防接種の実施について承諾し、一般社団法人那覇市医師会（以下「那覇市医師会」という。）に契約を委託した医療機関及び個別医療機関をいう。

(定期の予防接種の対象者と実費徴収額)

第3条 定期の予防接種の対象者は、次のとおりとする。

- (1) 被接種者
- (2) 原発避難者特例法で定める避難住民
- (3) 市外に住民登録がある者で、災害救助法（昭和22年法律第118号）の適用を受けた地域から避難し、市内に居住している者。ただし、同法の適用の解除が確認できた場合は対象外とする。

- (4)その他、市長が正当な理由により対象者と認める者
- 2 定期の予防接種の実施方式、予防接種名、対象年齢等は、別表第1に定めるところによる。
 - 3 前項の規定にかかわらず、当該定期の予防接種の対象者であった期間に、長期にわたり療養を必要とする疾病で厚生労働省が定める疾病にかかったこと、その他の厚生労働省令で定める特別な事情により対象期間内に定期の予防接種(ロタウイルスワクチン、RSウイルスワクチン、高齢者インフルエンザワクチン及び新型コロナウイルスワクチンを除く)を受けることができなかつたと認められる者については、当該特別の事情がなくなった日から起算して2年(高齢者の肺炎球菌感染症及び帯状疱疹に係る定期接種を受けることができなかつたと認められる者については、当該特別の事情がなくなった日から起算して1年)を経過する日までの間、接種上限年齢の定められている予防接種を除き、当該特定疾病の定期の予防接種の対象者とする。
 - 4 その他、国、県からの指示又は特例措置等の定めがある場合、それに従うものとする。
 - 5 実施医療機関が予防接種を受けた者又はその保護者から徴収する実費徴収額は、次の各号に掲げるワクチンの種類に応じ、当該各号に定める額とする。
 - (1) 高齢者インフルエンザワクチン
(標準量ワクチン1,000円、高用量ワクチン5,000円)
 - (2) 高齢者肺炎球菌ワクチン 5,000円
 - (3) 新型コロナウイルスワクチン 5,000円
 - (4) 帯状疱疹ワクチン(組換えワクチン 9,000円、生ワクチン 5,000円)
 - 6 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する場合、実施医療機関は実費を徴収しない。
 - (1) 予診のみの者
 - (2) 生活保護受給者又は中国残留邦人等自立支援給付受給者
 - (3) その他市長が認める者

(行政措置予防接種の対象者及び実費徴収額)

第4条 行政措置予防接種の対象者は、次のとおりとする。

- (1) 被接種者
 - (2) 原発避難者特例法で定める避難住民
 - (3) 市外に住民登録がある者で、災害救助法（昭和22年法律第118号）の適用を受けた地域から避難し、市内に居住している者。ただし、同法の適用の解除が確認できた場合は対象外とする。
 - (4) その他、市長が正当な理由により対象者と認める者
- 2 行政措置の予防接種の実施方式、予防接種名、対象年齢等は、別表第2に定めるところによる。
- 3 行政措置予防接種の費用は、市が負担するものとする。ただし、高齢者インフルエンザワクチン及び新型コロナウイルスワクチンの実費徴収は前条第5項及び第6項を準用する。

(実費の還付)

第5条 第3条第5項及び前条第3項で実施医療機関が徴収した実費は、還付しない。ただし、市長が正当な理由があると認めるときは、その全部又は一部を還付することができる。

(償還払いによる助成)

第6条 やむを得ず自己負担で予防接種を受けた者に対し、以下の条件の下で償還払いを行うことができる。

- (1) 対象となる予防接種は、第3条及び第4条における定期の予防接種及び行政措置予防接種とする。
 - (2) 償還払い額は、那覇市が那覇市医師会と締結した予防接種の業務委託契約書に定める委託料の額を上限とする。
 - (3) 生活保護受給者に対しては自己負担も含めた全額を第1号で定める額の範囲で償還払いとする。
- 2 償還払いを受けようとする者は、原則として当該年度に実施した予防接種について、翌年度の4月末日までに償還払請求書に次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

- (1) ワクチン接種料金の全額を支払ったことを証する領収書及び振込先の口座番号のわかる通帳の写し
 - (2) 予防接種済証又は当該予防接種の記録を確認できる親子(母子)健康手帳
 - (3) 運転免許証、マイナンバーカード等本人であることを確認できる書類
- 3 市長は、前項の請求書を審査の上、償還払いを決定した場合は接種料金を口座振替により支払うものとする。

(償還払いの返還)

第7条 市長は、虚偽の申請その他不正な行為等により前条の償還払いを受けた者に対し、既に交付した償還払い金の全部又は一部を返還させることができる。

(臨時の予防接種)

第8条 臨時の予防接種及び対象者は、被接種者とする。

2 臨時の予防接種の実施方式、予防接種名、対象年齢等は、別表第3に定めるところによる。

(予防接種の実施方法)

第9条 定期の予防接種、行政措置予防接種、臨時の予防接種の実施方法は、予防接種法、同法施行令、同法施行規則、予防接種実施規則、定期接種実施要領、関係通知、ガイドライン等を遵守して実施すること。

(予防接種の実施期間)

第10条 予防接種の実施期間は、毎年4月1日から翌年3月31日までとする。ただし、高齢者インフルエンザワクチン及び新型コロナウイルスワクチンの実施期間は毎年10月1日から翌年2月末日までとする。

(実施医師の留意事項)

第11条 予防接種を行う医師は、予防接種の実施に協力する旨を承諾した医師とする。ただし、実施医療機関が総合病院等の場合は、予防接種の実施に協力する旨を承諾した実施医療機関の承諾書をもって、当該実施医療機関に属する医師が予防接種の実施に協力する旨を承諾したものとみなす。

- 2 予診は、問診、検温、視診及び聴診等によって行い、接種の適否を決定する。
- 3 予防接種を受けようとする者が、接種不相当者及び接種要注意者のいずれかに該当すると認められる場合には、予防接種を行わない。この場合においては、別の日の接種日を指導するものとする。

4 医療機関は、本市が必要に応じて実施する予防接種に関する説明会に参加するものとする。

(予防接種の受付)

第12条 予防接種の受付の際は、予診票の記入事項及び親子(母子)健康手帳等により対象者(住所、年齢等)であることの確認を行うものとする。

(医薬材料の準備)

第13条 ワクチン、その他の医薬材料等は実施医療機関が事前に購入し、準備するものとする。

(予防接種の記録)

第14条 実施医療機関は、被接種者に対し予防接種済証を交付する。

2 親子(母子)健康手帳を持参した場合は、「予防接種」欄に必要事項を記録すること。

(予防接種事故報告)

第15条 実施医療機関は、予防接種の実施に当たり、事故防止のため万全を期するものとし、実施中に事故等(予防接種の種類や接種回数、接種間隔、接種量の誤り等をいう。)が発生した場合は、「予防接種事故報告書」により速やかに市長に報告するものとする。

(健康被害に対する救済)

第16条 予防接種法で定める定期の予防接種等を受けたことによって被る健康被害は、予防接種法の健康被害救済制度による救済対象となる。

2 行政措置予防接種及び臨時予防接種(県知事の指示によるものを除く)を受けたことによって被る健康被害は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法による「医薬品副作用被害救済制度」及び「生物由来製品感染等被害救済制度」並びに那覇市予防接種事故災害補償規則に基づく「全国市長会予防接種事故賠償補償保険」の救済対象となる。

(健康被害発生時の対応)

第17条 実施医療機関において、予防接種後の健康被害を診断した場合は適切な処置を行い、速やかに電子報告システム

(URL : <https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>) にて独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ報告する。なお、電子的な報告が困難な場合は同機構へ予防接種後副反応疑い報告書の様式をFAX(番号:0120-176-146)にて報告する。この報告は、予防接種を行った医師等以外の医師等も行うものとする。後日この報告に関する調査を行うことがあるので、医療機関の関係者等は、厚生労働省から副反応報告に関する情報収集等の協力依頼がなされた際には、これに協力すること。

2 発熱等の副反応があった場合は、実施医療機関は手当てが適切にできるよう指導する。なお、通常みられる程度の副反応やその他の治療については、保険診療扱いとなる。

(委託料の額、請求及び支払)

第18条 予防接種の委託料の額、請求及び支払は、委託契約書の定めるところによる。前月中に実施した接種分については、毎月10日までに請求書に予診票を添えて、那覇市医師会に提出しなければならない。医師会会員外の医療機関においては、毎月10日までに請求書に予診票を添えて、本市に提出しなければならない。

(個人情報の取扱い)

第19条 予防接種の実施及び処理するにあたり知り得た情報は、個人情報保護の重要性を認識し、個人情報を機密として管理するものとし、個人情報を第三者に開示、提供及び漏洩してはならない。

(廃棄物の処理)

第20条 予防接種の実施に伴って発生した医療廃棄物については、実施医療機関で適正に処理するものとする。

(省略)

付 則

この要綱は、令和8年4月 日から施行し、令和8年4月1日から適用する。

別表第1(第3条関係) 定期の予防接種

| 実施方式 | 予防接種名 | 対象年齢等 |
|------|--------------------------------|--|
| 個別接種 | 四種混合、五種混合、DPT、不活化ポリオ | 生後2月から7歳半に至るまでの間にある者 |
| | 水痘 | 生後12月から生後36月に至るまでの間にある者 |
| | DT2期 | 11歳以上13歳未満の者 |
| | MR(麻しん・風しん混合) 麻しん・風しん単独ワクチン | <p>1期：1歳から2歳に至るまでの間にある者。</p> <p>令和7年度及び令和8年度においては、令和6年度内に生後24月に達する、又は達した者であって、MRワクチンの偏在等が生じたことを理由にワクチンの接種ができなかったと市町村長が認める者</p> <p>2期：5歳以上7歳未満の者であって、小学就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までにある者。</p> <p>令和7年度及び令和8年度においては、令和6年度における第2期の対象者(5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の1年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にあるもの)であってMRワクチンの偏在等が生じたことを理由にワクチンの接種ができなかったと市町村長が認める者</p> |
| | 日本脳炎 | <p>1期：生後6月から7歳半に至るまでの間にある者</p> <p>2期：9歳以上13歳未満の者</p> |
| | 日本脳炎 特例措置対象者 | <p>予防接種実施規則及び定期接種実施要領に基づき、以下に定める者を特例措置対象者とする。</p> <ul style="list-style-type: none"> 平成7年4月2日から平成19年4月1日までの間に生まれた者で20歳未満の者 |
| | BCG(結核) | 1歳に至るまでの間にある者 |

| 実施方式 | 予防接種名 | 対象年齢等 |
|------|---------------------------|---|
| 個別接種 | B型肝炎ワクチン | 1歳に至るまでの間にある者 ※母子感染予防のため出生直後にB型肝炎ワクチンの投与を受けたことのある者については、定期接種の対象者から除く |
| | ヒブワクチン | 生後2月から5歳に至るまでの間にある者 |
| | 小児用肺炎球菌ワクチン | 生後2月から5歳に至るまでの間にある者 |
| | ロタウイルスワクチン (ロタリックス) | 生後6週から24週に至るまでの間にある者 |
| | ロタウイルスワクチン (ロタテック) | 生後6週から32週に至るまでの間にある者 |
| | ヒトパピローマウイルス ワクチン (HPV) | 小6から高1相当の女子(12歳となる日の属する年度の初日から16歳となる日の属する年度の末日までの間にある女子) |
| | RSウイルス母子免疫 ワクチン | 妊娠28週から37週に至るまでの者 |
| | 高齢者インフルエンザ ワクチン | <ul style="list-style-type: none"> ・65歳以上の者 ・60歳以上65歳未満の者で、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障害を有する者 |
| | 高齢者肺炎球菌ワクチン | <ul style="list-style-type: none"> ・65歳の者 ・60歳以上65歳未満の者で、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障害を有する者 |
| | 新型コロナウイルス ワクチン | <ul style="list-style-type: none"> ・65歳以上の者 ・60歳以上65歳未満の者で、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障害を有する者 |

| 実施方式 | 予防接種名 | 対象年齢等 |
|------|----------|--|
| 個別接種 | 带状疱疹ワクチン | ① 65歳の者 ② 60歳以上65歳未満の者で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障害を有する者 <経過措置> 令和7年度から令和11年度までの間においては、①の対象者は各当該年度に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる者。 |
| | 風しん第5期 | 昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性であって、抗体検査の結果、風しんの抗体が不十分な方 ※但し、令和6年度末までに抗体検査を実施した場合に限る。 |

別表第2(第4条関係) 行政措置予防接種

| 実施方式 | 予防接種名 | 対象年齢等(注1)(注2)(注3) |
|------|----------------|---|
| 個別接種 | MR | ① 2歳以上かつMR2期対象年度前日までにある者で、1期を未接種の者 |
| | 単独麻しん 単独風しん | ② 小学1年生相当年齢の者から小学6年生相当年齢までの者で、麻しん・風しん(MR)定期接種の回数が2回に満たない者 |
| | 日本脳炎 | (発熱等医学的要因以外により法定接種間隔による接種が実施できなかった者への措置) 法令で定められた接種間隔を遵守しないで接種された者のうち医学的判断に基づき、市長が対象者と認める者 |
| | 高齢者インフルエンザワクチン | 実施期間中(10月から翌年2月)に65才となる者で、誕生日前に本市からの通知書を持参して接種を希望する者 |
| | 新型コロナウイルスワクチン | 実施期間中(10月から翌年2月)に65才となる者で、誕生日前に本市からの通知書を持参して接種を希望する者 |

注1： 対象年齢等欄の「未満」は誕生日の前日

注2： 行政措置予防接種は、任意の予防接種となるため、対象者が接種を希望する場合のみ接種を行う。なお、被接種者又は保護者の接種意思が確認できない場合は、接種することはできない。

注3： 行政措置予防接種の実施方法は、予防接種法、予防接種法施行令、予防接種法施行規則、予防接種実施規則、定期接種実施要領、関係通知等を順守して実施すること。

別表第3(第8条関係) 臨時の予防接種

| 実施方式 | 予防接種名 | 対象年齢等(注1)(注2)(注3) | 備考 |
|------|-----------------|-------------------|-----------------------|
| 個別接種 | MR 単独麻しん | 生後6か月以上1歳未満の者 | 那覇市保健所長の発する通知をもって実施する |

注1： 対象年齢等欄の「未満」は誕生日の前日

注2： 臨時予防接種は、任意の予防接種となるため、保護者が接種を希望する場合のみ接種を行う。

注3： 臨時予防接種の実施方法は、予防接種法、予防接種法施行令、予防接種法施行規則、予防接種実施規則、定期接種実施要領、関係通知等を順守して実施すること。