

令和6年度 那覇市予防接種手引書

(小児・高齢者予防接種)

<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~P9
- 委託料請求書(様式集) P10~P27
- 参考資料 那覇市予防接種実施要綱案 P28~P32

(ヒブ・小児用肺炎球菌・B型肝炎・ロタウイルス・4種混合・5種混合・BCG・MR・水痘・日本脳炎・DT・ヒトパピローマウイルス・麻しん・風しん・DPT・不活化ポリオ)
(高齢者肺炎球菌・高齢者インフルエンザ)

(4/1付 変更点)

- ・五種混合ワクチン、小児用肺炎球菌 15 価の定期接種化
- ・HPV キャッチアップ対象者の追加 (H19年4月2日~平成20年4月1日生まれを追加)
- ・請求書様式の変更(委託料の改定)
- ・高齢者肺炎球菌接種対象者の変更
- ・請求に関する注意事項の追加(2-(3)カ)

令和6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
予防接種係 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】

URL: <https://www.city.naha.okinawa.jp/nahahokenjyo/yobousyurui/index.html>



<小児> 予防接種の種類、実施医療機関等

<高齢者> 高齢者肺炎球菌ワクチン・インフルエンザ

<医療機関向け> 那覇市予防接種実施要綱、予診票、承諾書様式等について

○ 委託料金表 (価格は消費税含む)

(令和6年3月現在)

予防接種名	予診及び接種	予診のみ	
D T	5,412円	1,705円	那覇市から直接払い
DPT	6,776円		
BCG	12,815円		
4種混合	12,375円		
水痘	10,615円		
風しん	8,228円		
麻しん	8,228円		
日本脳炎	8,690円		
5種混合	21,252円	1,705円	那覇市医師会から支払い
不活化ポリオ	11,110円		
M R	11,825円		
ヒブ	10,550円		
小児用肺炎球菌(13価・15価)	13,105円		
B型肝炎	8,496円		
ヒトパピローマウイルス(2価・4価)	16,775円		
ヒトパピローマウイルス(9価)	29,700円		
ロタリックス(1価)	16,665円		
ロタテック(5価)	11,935円		
高齢者インフルエンザ	5,269円			1,100円
高齢者肺炎球菌ワクチン	8,783円		

■被接種者の自己負担金 ※予診のみの場合、自己負担金は徴収しない。

高齢者インフルエンザ	自己負担金として、1,000円を委託医療機関が被接種者から徴収する。 ただし、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は無料。
高齢者肺炎球菌ワクチン	自己負担金として、4,000円を委託医療機関が被接種者から徴収する。 ただし、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は無料。

※1 高齢者インフルエンザワクチン委託料請求額

		接種した場合	予診のみ
被接種者	自己負担1,000円の方	4,269円	1,100円
	自己負担0円の方	5,269円	1,100円

※2 高齢者肺炎球菌ワクチン委託料請求額

		接種した場合	予診のみ
被接種者	自己負担4,000円の方	4,783円	1,100円
	自己負担0円の方	8,783円	1,100円

○ 那覇市個別予防接種における注意事項について

小児の予防接種について

1 予診票等に関する注意事項 ※P9「予診票のチェック項目」を参照してください。

- (1) 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、予診票の質問事項（医師記入欄等）の記載漏れ及び体温や医師、保護者のサインや押印漏れ、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) 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。
- ア 那覇市以外の住所が予診票に記載されている場合（被災者等、那覇市長からの依頼書を持参している方を除く）。
- イ 接種日当日以前に転出した場合（後日遡って那覇市に住所を有しなくなった場合も含む。）
- (3) 消すことができないボールペンで記載されているか確認してください。
- (4) 日本脳炎はハガキによる案内です。予診票は各医療機関に備え付けの那覇市の予診票か、市のホームページからダウンロードした予診票を利用してください（市から対象者へ発行も可）。
- (5) 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>
------------------------	---

※令和2年10月1日から上記以外（不活化等）の接種間隔については撤廃されています。

※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 接種開始が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います。接種方法確認フロー(P11・P12)をご覧ください。

- (6) 日本脳炎及びヒトパピローマ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及び別途「保護者同意書」の持参が必要です。

※「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。

★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、那覇市の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。

2 請求に関する注意事項 ※(2)～(4)高齢者予防接種と共通

(1) 請求期限について

ア 那覇市予診票（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。

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) 請求金額について

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) 請求書の作成等について

ア 請求書は訂正印や修正液等による修正は不可。

イ 那覇市医師会会員で、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。本手引書に添付された令和 6 年度の請求書様式、単価等を確認のうえ、コピーにてご使用ください。

カ 請求者名等が不鮮明な場合は（潰れているゴム印を使用している等）、振り込みができませんのでご注意ください。

(4) 不備等による返却について

以上の注意事項及びその他、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には、委託料をお支払いできないことがあります。訂正のため請求書等をご返却する場合があります。

また、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

※高齢者予防接種と共通

◇那覇市では、各医療機関から提出された請求書をとりまとめて、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、「2 請求に関する注意事項」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いします。

◇那覇市のホームページより、請求書、予診票、承諾書及び同意書、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いいたします。

○ 那覇市個別予防接種における注意事項について

高年齢者の予防接種について

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

(1) 那覇市から送る『高年齢者肺炎球菌、令和 6 年度高年齢者インフルエンザ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し、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。**(明確に対象者の意思確認ができない場合は接種不可)**。※質問事項「医師記入欄」へのチェックもお願いします。

なお、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、代理人の氏名及び続柄を記入させてください。

(2) 那覇市予診票を持参していない場合は、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。なお、ダウンロードした場合は、**必ず、当日接種前に対象者・自己負担額等の有無を那覇市へ確認**した上で、接種してください。原則、他地区予診票・任意予診票を使用（請求）することはできません。

(3) 予診票の年度を確認してください。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。

(4) 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。

ア 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く。）

イ 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む。）

(5) 高年齢者肺炎球菌ワクチンは、過去に一度でも（任意か定期かを問わず）高年齢者肺炎球菌ワクチン「ニューモバックス」を接種したことがある方は定期の対象外です。予診票の質問事項①で「はい」と回答されている方は、対象外となります（請求不可）。

(6) 高年齢者インフルエンザの実施期間は、**毎年 10 月から翌年 1 月末日まで**です。**2 月 1 日以降の接種は任意接種**となります（請求不可）。

また、**毎年度 1 回のみ**の助成です。実施期間中に**2 回**接種する方がいるため、再発行またはダウンロードした予診票を利用する際は、当該実施期間中に既に接種済でないか確認をお願いします。

(7) 黒のボールペン等、消すことができないもので記載されているか確認してください。

★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、那覇市保健所へご連絡ください。

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)。

2 請求に関する注意事項 ※(2)～(4)小児予防接種と共通

(1) 請求期限について

ア 那覇市予診票（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。

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。

ウ **高齢者インフルエンザ**の那覇市医師会への**最終提出期限は 2 月 10 日です（2 月 1 日以降接種分の請求不可）**。

(2) 請求金額について

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) 請求書の作成等について

ア 請求書は訂正印や修正液等による修正は不可。

イ 那覇市医師会会員で、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。本手引書に添付された令和 6 年度の請求書様式、単価等を確認のうえ、コピーにてご使用ください。

カ 請求者名等が不鮮明な場合は（潰れているゴム印を使用している等）、振り込みができませんのでご注意ください。

(4) 不備等による返却について

以上の注意事項及びその他、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には、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。

また、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

※小児予防接種と共通

◇那覇市では、各医療機関から提出された請求書をとりまとめて、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、「2 請求に関する注意事項」を確認し、不備がないようお願いいたします。

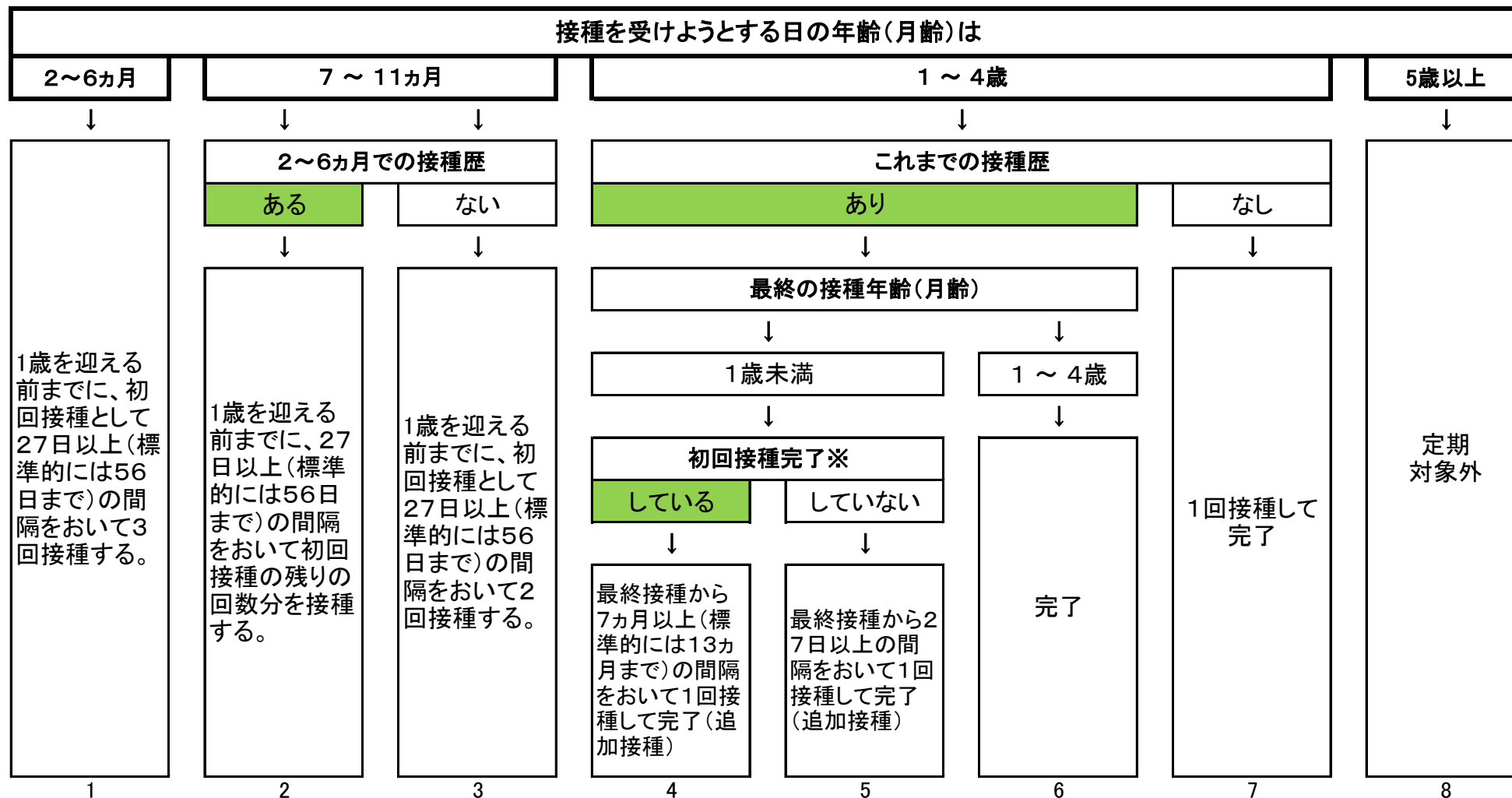
◇請求書の提出の遅れが多く見受けられます。提出期限の順守をよろしくお願いします。

◇那覇市のホームページより、請求書、予診票、承諾書及び同意書、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いいたします。

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> <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;"> 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及び高齢者予防接種を除く）
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	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、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	（B型肝炎と日本脳炎のみ）接種量の <input checked="" type="checkbox"/>
b	接種部位の <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 (ヒ ブ)

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	10,550 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（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	13,105 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型肝炎)

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	8,496 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 (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	16,665 円	円
③ロタテック	人	11,935 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（4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	12,375 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) 健診予防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（5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	21,252 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) 健診予防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 (BCG)

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	12,815 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) 健診予防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	+	-

※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	11,825 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

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	10,615 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) 健診予防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

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	8,690 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) 健診予防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	+	-

※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	5,412 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) 健診予防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 (ヒトパピローマウイルス)

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
②2価・4価ワクチン	人	16,775 円	円
③9価ワクチン	人	29,700 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 (麻しん)

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	8,228 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) 健診予防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	8,228 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) 健診予防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

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	6,776 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) 健診予防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

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	11,110 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	+	-

※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	4,783 円	円
③予診及び接種(自己負担なし)	人	8,783 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 4,000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 (高齢者インフルエンザ)

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	1,100 円	円
②予診及び接種(自己負担あり)	人	4,269 円	円
③予診及び接種(自己負担なし)	人	5,269 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 1,000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(※高齢者インフルの最終請求月2/10以降は除く)

《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

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、別に定めるもののほか、予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号）第 5 条の定期の予防接種（以下「定期予防接種」という）及び定期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（以下「行政措置予防接種」という）並びに臨時予防接種について、必要な事項を定める。

(定期予防接種の対象者と自己負担金)

第 2 条 市長は、市内に居住する者であって予防接種法施行令第 3 条で定める者に対して、定期の予防接種を行う。定期予防接種の対象者は、別表 1 の対象者欄に定める者及び次のとおりとする。

- (1) 市内に住所を有する者の他、那覇市に居住する東北地方太平洋沖地震の被災者及び原発避難者特例法で定める避難住民
- (2) その他、市長が正当な理由により対象者と認める者

別表 1(第 2 条関係) 定期予防接種

種類	対 象 者	実施方法
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	個別接種
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	1 期：1 歳から 2 歳に至るまでの間にある者 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	
日本脳炎	1 期：生後 6 月から 7 歳半に至るまでの間にある者 2 期：9 歳以上 13 歳未満の者	
日本脳炎 (特例措置対象者)	予防接種実施規則及び予防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。 ・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	
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 (13 価・15 価)	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～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) ・キャッチアップ対象者：平成 9 年 4 月 2 日～平成 20 年 4 月 1 日生まれ	
高齢者インフルエンザ	・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	・65 歳から 66 歳に至るまでの間にある者 ・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	

- 2 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、インフルエンザを除く）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、当該特別な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、当該特別な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接種の対象者とする。
- 3 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。
- 4 委託医療機関は、高齢者インフルエンザの予防接種を受けた者又はその保護者から、自己負担金として1,000円を徴収し、高齢者肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けた者から4,000円を実費徴収する（予診のみの場合は徴収しない）。ただし、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等の自己負担金は免除とする。

（行政措置予防接種の対象者と自己負担金）

第3条 行政措置予防接種は、別表2のとおりとする。

2 行政措置予防接種の対象者は、別表の対象者欄に定める者及び次のとおりとする。

- (1) 市内に住所を有する者の他、那覇市に居住する東北地方太平洋沖地震の被災者及び原発避難者特例法で定める避難住民
 - (2) その他、市長が正当な理由により対象者と認める者
- 3 行政措置予防接種の費用は、市が負担するものとする。

（臨時予防接種）

第4条 臨時予防接種は、予防接種法第6条で規定する県知事の指示によるもののほか、別表3のとおりとする。

（償還払いによる助成）

第5条 助成対象者が、やむを得ず自己負担でワクチン接種を受けた場合は償還払いを行うことができる。ただし、那覇市が医師会及び個別医療機関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。対象となる予防接種は第2条及び第3条における定期予防接種及び行政措置予防接種とする。生活保護受給者に対しては自己負担も含めた全額を償還払いとする。

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（原本）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、健康保険証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。

（予防接種の実施方法）

第6条 定期予防接種、行政措置予防接種、臨時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7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の実施期間は毎年10月1日から翌年1月末日までとする。

(実施医師の留意事項)

第8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、委託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委託医療機関の承諾書をもって、当該委託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、接種不適合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、次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9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10条 ワクチン、その他の医薬材料等は委託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11条 委託医療機関は、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12条 委託医療機関は、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13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14条 委託医療機関において、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、速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合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、委託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 15 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 16 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 17 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、委託医療機関で適正に処理するものとする。

付 則

この要綱は、平成 23 年 11 月 1 日から施行する。

付 則

この要綱は、平成 23 年 12 月 22 日から施行する。

付 則

この要綱は、平成 24 年 4 月 1 日から施行する。

当分の間、那覇市に居住する次に掲げる者は、それぞれに定める予防接種の対象者とする。

- (1) 東北地方太平洋沖地震の被災者
- (2) 原発避難者特例法で定める避難住民

付 則

この要綱は、平成 24 年 9 月 1 日から施行する。

(省略)

付 則

この要綱は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。

別表 2(第 3 条関係) 行政措置予防接種

実施方式	予防接種名	対 象 者 (注 1) (注 2) (注 3)	備考
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	実施期間中(10 月～翌年 1 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 : 対象者欄の「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 3(第 4 条関係) 臨時予防接種

実施方式	予防接種名	対 象 者 (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 : 対象者欄の「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。