

受付 番号	種目番号 —	連絡先	委託担当 健康福祉局 健康安全部 健康安全課 担当者 小林 電話 671-2445
----------	-----------	-----	---

## 設 計 書

1 委託名 風しん追加対策事業抗体検査・予防接種台帳データ処理業務委託

2 履行場所 委託先業者

3 履行期間 期間 令和元年11月5日から令和2年3月31日まで

又は期限 期限 平成 年 月 日まで

4 契約区分 確定契約 概算契約

5 その他特約事項 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6 現場説明 不要

要 (  月 日 時 分、 場所 )

7 委託概要 別添仕様書のとおり

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8 部分払

する (5回以内)

しない

部分払の基準

業 務 内 容	履行予定月	数 量	単 位	単 価	金 額
データ入力 (抗体検査)	11～3月	(48,000)	件		
データ入力 (予防接種)		(11,940)	件		
データ入力 (予診のみ)		(60)	件		
画像データ処理		(60,000)	件		

\* 単価及び金額は、消費税及び地方消費税を含まない金額

\* 概算数量の場合は、数量及び金額を ( ) で囲む。

委託代金額      ¥ \_\_\_\_\_

内訳 業務価格    ¥ \_\_\_\_\_

消費税及び地方消費税相当額    ¥ \_\_\_\_\_



# 仕 様 書

## 1 件名

風しん追加対策事業予防接種台帳データ処理業務委託

## 2 委託期間

令和元年 11 月 5 日から令和 2 年 3 月 31 日まで

## 3 委託概要

令和元年度実施分の抗体検査及び予防接種の帳票類からデータを入力し、画像データを作成する。

- (1) 帳票類の受け取り健康安全課より毎月 1 回段ボール箱 4～9 箱搬送する。  
引渡す帳票類は、原則として医療機関ごとでまとまっている。
- (2) 入力前処理（不備があった場合、委託者へ問合せ）
- (3) データ入力（別添資料レイアウト通り）
- (4) データエラーが出た場合に確認が必要となるため、予診票を画像データ化し、ファイル名にエラーチェック通し番号を附番する。
- (5) csv データ及び画像データの納品を毎月 1 回行う。進捗報告は随時行う。  
csv データについては、クーポン券の券種「抗体検査券」「予防接種券」「予防接種予診券（予診のみ）」で、ファイル毎に分けて納品する。
- (6) 返却前の帳票類について委託者より問い合わせがあった場合、該当部分の確認をする。
- (7) 予診票の返却（大黒ふ頭の YCC 倉庫へ一括搬送）

## 4 3 委託概要の詳細

### (1) 入力前処理（不備があった場合、委託者へ問合せ）について

同名称の病院が多数ある為、住所、医師名で判断し不明な場合は委託者へ問合せする。

ア 医師が接種時に記入するので不明文字が見受けられるが、不明な文字があった場合は委託者へ問合せすること。

イ 開院閉院移転等がある為、コード表と対応しない場合は委託者に問合せすること。

（医療機関コード表は市内の医療機関のみ）

※市外の医療機関が記載されている場合、「その他」に対応する医療機関番号を入力し、医療機関その他の項目に医療機関名を入力する。（詳細は別添資料を参照）

ウ 帳票類の中に医療機関コードが記載されている為、コード表を確認せず誤ってデータ化しないように注意すること。（※帳票類に記載されているコードと提供する表のコードは全く異なります。）

エ 「予防接種券」と「予防接種予診券（予診のみ）」のクーポン券は間違いやすいので、入力する前に必ず券種を確認すること。（確認部分は資料 2-2、2-3 を参照。）

オ 本委託以外の予診票が混在している場合は委託者へ問合せをすること。

## (2) データ入力について

- ・ 入力項目は資料1を参照。
- ・ 抗体検査受診票から以下のデータを入力する。(資料2-1参照)  
「発券番号」「検査日」「判定結果」「検査法」「抗体価」「単位」「検査番号」「医療機関番号」「医療機関その他(必要に応じて)」
- ・ 予防接種予診票(「予防接種券」が貼付)から以下のデータを入力する。  
(資料2-2参照)  
「発券番号」「バーコード」「予防接種種別コード」「漢字氏名」「生年月日」「性別」「医療機関コード」「医療機関その他(必要に応じて)」「接種年月日」「ワクチンロット番号」
- ・ 予防接種予診票(「予防接種予診券(予診のみ)」が貼付)から以下のデータを入力する。  
(資料2-3参照)  
「発券番号」「漢字氏名」「生年月日」「性別」「医療機関コード」「医療機関名」「実施年月日」
- ・ 予診票の記入漏れ、判読困難な記入及びその他の疑義事項については、健康安全課に連絡し、指示を受ける。

## 5 貸与品

医療機関コード(約1,500種)をExcel形式で提供する。

## 6 履行場所

委託者と受託者の間において、予診票とセットアップデータの修正を随時おこなうことから、業務運用場所所在地は、横浜市内あるいは市外の場合は公共交通手段を用いて委託者から1時間以内の場所とする。

## 7 納品及び納期限

### (1) データ

CSVデータにより納品(提出媒体については、別途調整)

### (2) 画像データ

予診票をデータ化し、ファイル名に画像データごとの番号を付番し納品。

### (3) 帳票類(データ入力完了後、随時返済)

### (4) 貸与品(受託期間終了後、速やかに返却)

## 8 個人情報の取扱い

本業務を受託するに当たり、別紙の「電子計算機処理等の契約に関する情報取扱特記事項」及び「個人情報取扱特記事項について」を遵守すること。また、本業務で取り扱う予診票には、個人の身体の状態などの重要な個人情報が含まれており、その取扱いは特に厳正な管理のもとに行うとともに、本業務遂行にあたって個人情報の漏えい、紛失などが発生しないよう全従業員に周知徹底を図ること。

## 9 委託について

- ・受託者は本業務を第三者に再委託してはならない。
- ・本事業は機密性の高い情報を扱うことから、海外事業所での作業及び受託者施設以外での作業は禁ずる。
- ・委託者は、作業現場への立ち入り検査を1回以上行う。
- ・この仕様書に定めのない項目については、必要に応じて協議し定める。

## 10 納品検査

納入されたデータは委託者において全件エラーチェックを行い、多数の入力ミスがあった場合は受託者が再度全件を確認し、修正したデータを再納入すること。

## 11 受託者施設

作業施設は日本国内にあり、独立した部屋でセキュリティが確保されていること。また、作業施設への侵入防止対策が確立しており、常時入退室管理が厳格であること。

## 12 資格要件

### (1) 統括責任者及び作業場責任者

業務管理経験を5年以上有すること。

### (2) スーパーバイザー

データエントリーの経験を5年以上、または業務管理経験を2年以上有すること。

### (3) ベリファイ担当者

データエントリーの経験を2年以上有すること。

### (4) エントリー担当者

データエントリーに必要な知識を有すること。

ファイルレイアウト  
(風しん抗体検査)  
※資料2-1の受診票を参照する。

ファイル形式

SJISテキスト CSV(可変長、カンマ区切り、修飾子なし)

No.	項目名称	最大文字数	必須入力区分	チェック属性	最小値	最大値	空白許可	ゼロ許可	印刷対象	説明、およびコード定義	備考
1	発券番号	10	必須	文字列	—	—	×	—	○	バーコード読み取り可能な場合は、バーコードを読み取る。 バーコード読み取り不可な場合は、発券番号(10桁)をパンチする。	例) 発券番号:0123456789
2	検査日	7	必須	数値	—	—	×	—	○	和暦数値7桁、西暦数値8桁 1: 明治 2: 大正 3: 昭和 4: 平成 5: 令和	例) 平成27年5月10日 ⇒ 4270510
3	判定結果	1	必須	数値	1	2	×	—	○	1: 接種対象(陰性) 2: 接種対象外(陽性)	例) 1
4	検査法	1	確認	数値	1	6	—	—	×	1: 赤血球凝集抑制法(HI法) 2: 酵素免疫法(EIA法) 3: ラテックス免疫比濁法(LTI法) 4: 蛍光酵素免疫法(ELFA法) 5: 化学発光酵素免疫法(CLEIA法) 6: 蛍光免疫測定法(FIA法)	
5	抗体価	10	任意	数値	—	—	—	○	×	数値(小数点第1位)	例) HI法 8倍未満=0、8倍=8、16倍=16、32倍=32 EIA法(デンカ生研) 8.0 = 8.0 EIA法(国際①) 30IU/mL=30 EIA法(国際②) 45IU/mL=45 ラテックス法 20IU/mL=20
6	単位	1	確認	数値	1	4	—	—	×	1: 倍 2: EIA価 3: IU/mL 4: その他	
7	検査番号	1	確認	数値	1	6	—	—	×	1: 検査番号1 2: 検査番号2 3: 検査番号3 4: 検査番号4 5: 検査番号5 6: 検査番号6	例) 1: 5324円(健診別、HI法) 2: 6825円(健診別、HI法以外) 3: 5864円(時間外、HI法) 4: 7365円(時間外、HI法以外) 5: 1393円(健診併、HI法) 6: 2894円(健診併、HI法以外) 国保連からの請求チェックを実施する場合はあった方がよい。
8	医療機関番号	10	任意	数値	—	—	—	○	○	該当する医療機関の番号をパンチする(システムで管理する医療機関番号と同一であること)。 医療機関コード表に該当医療機関が存在しない場合、「1000000000」を入力する。 システムで管理する番号とは医療機関番号の事を指す。	例) 0001112345
9	医療機関その他	50	任意	文字列	—	—	—	—	○	※医療機関番号が「1000000000」(その他)の場合のみ、医療機関名称をシステム入力する。	例) 日本クリニック

風しん予防接種ファイルレイアウト ※予診票は資料2-2を参照する。

No.	項目	必須区分	最小値	最大値	blank許可	属性	最大桁数	説明、およびコード定義	備考
1	発券番号	必須	-	-	-	文字列	10	発券番号(10桁)をパンチする。	例) 発券番号: 0123456789
2	バーコード	必須	-	-	-	数値	21	<b>(バーコードの読み取り可能な場合):</b> バーコードリーダーを使用して21ケタの数値を読み込む。その場合、下記※3から6はblank <b>(バーコードの読み取り不可な場合):</b> blankとし、下記3から6の入力必須	3から6の個人情報がバーコード内に含まれる
3	予防接種種別コード	任意	-	-	-	数値	2	(バーコードが読み取り可能な場合) : blank(バーコードを読み取る) (バーコードが読み取り不可な場合) : 指定する番号(60)をパンチする	第5期定期接種コード ⇒ 60
4	漢字氏名	任意	-	-	-	文字列	50	(バーコードが読み取り可能な場合) : blank(バーコードを読み取る) (バーコードが読み取り不可な場合) : 姓と名の間に全角blank1文字追加	例) 横浜 太郎
5	生年月日	任意	-	-	-	数値	7	(バーコードが読み取り可能な場合) : blank(バーコードを読み取る) (バーコードが読み取り不可な場合) : 和暦数値7桁でパンチ 1: 明治 2: 大正 3: 昭和 4: 平成	例) 平成27年2月21日 ⇒ 4270221
6	性別	任意	-	-	-	数値	1	(バーコードが読み取り可能な場合) : blank(バーコードを読み取る) (バーコードが読み取り不可な場合) : 1: 男 2: 女	例) 男⇒1
7	医療機関コード	必須	-	-	-	数値	10	該当する医療機関の番号をパンチする(システムで管理する番号と同一であること)。 医療機関コード表に該当医療機関が存在しない場合、「1000000000」を入力する。 システムで管理する番号とは医療機関番号の事を指す。	例) 1234
8	医療機関その他※	任意	-	-	-	文字列	50	※医療機関コードを「1000000000」と入力した場合、医療機関名称を入力する。	例) 日本クリニック
9	接種日	必須	-	-	×	数値	7	和暦数値7桁 1: 明治 2: 大正 3: 昭和 4: 平成	例) 平成27年2月21日 ⇒ 4270221
10	ロット番号	必須	-	-	-	半角英数	10	アルファベットと数字(ワクチンによりアルファベットの文字数、数字の桁数は異なる)。	例) 10C02Z
11	エラーチェック用通し番号	必須	-	-	-	半角英数	6	この番号でエラーチェックの指示を出すため、予診票原票との確認が速やかに行える体制にしておくこと。	例) 1~999999

予防接種予診(予診のみ)のファイルレイアウト ※予診票は資料2-3を参照する。

No.	項目	必須区分	最小値	最大値	空白許可	属性	最大桁数	説明、およびコード定義	備考
1	発券番号	必須	-	-	-	文字列	10	発券番号(10桁)をパンチする。	例)発券番号:0123456789
2	漢字氏名	任意	-	-	-	文字列	50	(バーコードが読み取り可能な場合) : ブランク(バーコードを読み取る) (バーコードが読み取り不可場合) : 姓と名の間に全角空白1文字追加	例) 横浜 太郎
3	生年月日	任意	-	-	-	数値	7	(バーコードが読み取り可能な場合) : ブランク(バーコードを読み取る) (バーコードが読み取り不可場合) : 和暦数値7桁でパンチ 1:明治 2:大正 3:昭和 4:平成	例) 平成27年2月21日 ⇒ 4270221
4	性別	任意	-	-	-	数値	1	(バーコードが読み取り可能な場合) : ブランク(バーコードを読み取る) (バーコードが読み取り不可場合) : 1:男 2:女	例) 男⇒1
5	医療機関コード	必須	-	-	-	数値	10	該当する医療機関の番号をパンチする(システムで管理する番号と同一であること)。 医療機関コード表に該当医療機関が存在しない場合、「1000000000」を入力する。 システムで管理する番号とは医療機関番号の事を指す。	例) 1234
6	医療機関名	必須	-	-	-	文字列	50	医療機関名を入力する。	例) 日本クリニック
7	実施日	必須	-	-	×	数値	7	和暦数値7桁 1:明治 2:大正 3:昭和 4:平成 5:令和	例) 平成27年2月21日 ⇒ 4270221
8	エラーチェック用通し番号	必須	-	-	-	半角英数	6	この番号でエラーチェックの指示を出すため、予診票原票との確認が速やかにできる体制にしておくこと。	例)1~999999

# 抗体検査受診票みほん(資料1-1のNo欄の番号記載↓)

国保連提出用

**※抗体検査の受診票のバーコードは①発券番号と同じ。**

## 風しんの抗体検査受診票

※太枠内をご記入ください。  
※本受診票は、昭和37(1962)年4月2日から昭和54(1979)年4月1日の間に生まれた男性を対象に地方公共団体が実施する風しん抗体検査用に作成された書式です。

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 府 県 町 村	券種	抗体検査券	1
	氏 名	請求先	神奈川県横浜市	141003
生年月日	昭和 年 月 日生 (満 歳)	発券No	①発券番号	有効期限
		(氏名)	バーコード:①発券番号 (国保連提出用)	

質問事項	回答欄		医師記入欄
現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	いいえ	はい	
これまでに風しんにかかったことがありますか。	はい	いいえ	
(「はい」の場合) そのときの風しんの抗体検査の結果や診断書等の記録はありますか。	はい	いいえ	
風しんの抗体検査を平成26年(2014年)4月1日以降に受けましたか。	はい	いいえ	
(「はい」の場合) そのときの風しんの抗体検査の結果の記録はありますか。	はい	いいえ	
生後から今までに風しんワクチン又は麻しん・風しん混合(MR)ワクチン又は麻しん・風しん・おたふくかぜ(MMR)ワクチンをあわせて1回以上接種したことがありますか。	はい	いいえ	
(「はい」の場合) そのときの予防接種の記録はありますか。	はい	いいえ	
予防接種の種類(該当に○) ( 風しんワクチン ・ MRワクチン ・ MMRワクチン )			

**風しんの抗体検査の実施に関する同意書**  
 下記に該当する場合、□に✓を入れてください。✓がなかった場合、風しんの抗体検査を希望されたものとみなします。  
 私は、風しんの抗体検査を受けることを希望いたしません。

**風しんの抗体検査の個人情報取り扱いに関する同意書** (医師の診療の結果、検査が必要と判断された後に記入してください。)  
 この受診票(抗体検査の結果を含む)は、市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出され、個人情報保護に関する条例に基づき、市区町村が適正に管理します。このことを理解し、同意いただける場合はご署名下さい。  
 (署名のない場合は、検査を無料で受けることはできません。)  
 年 月 日 被検者自署  
(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被検者との続柄を記載)

医師記入欄

対象者の平成26年4月1日以降の風しんの抗体検査の結果は ( あり ・ なし ・ 不明または記録なし ) と確認した。  
 「あり」の場合、抗体検査の結果から、風しんの第5期の定期接種の ( 対象 ・ 非対象 ) と判断した。  
 対象者のこれまでの風しんのワクチン接種歴は ( あり ・ なし ・ 不明または記録なし ) と確認した。  
 「あり」の場合、確認したワクチン接種歴は、以下のとおり。  
 1回目:接種ワクチン(風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン) 接種日( 年 月 日)  
 2回目:接種ワクチン(風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン) 接種日( 年 月 日)  
 以上の問診の結果、今回の抗体検査は ( 必要 ・ 不要 ) と判断した。  
 医師署名又は記名押印

風しんの抗体検査の結果 (※裏面の付表2を参照)

検査方法: ④ 法	③判定結果 (いずれかに○)	実施場所	⑧⑨医療機関コード ※健康安全課提供のコード表を確認する	医療機関等コード
抗体価	風しんの第5期の定期接種 対象	医師名	検査年月日	②検査日
⑤ 単位	風しんの第5期の定期接種 非対象	検査年月日 (西暦)	年 月 日	
⑥ L				
⑦ 検査番号 (※裏面の付表1を参照)				

⑦ 検査番号 (※裏面の付表1を参照)  
 1  2  3  4  5  6 (該当する検査番号の口を黒く(■)塗りつぶしてください)

**風しん抗体検査の結果、「定期接種の対象」と判定された方へ**

あなたは、風しんの抗体検査の結果、風しんの第5期の定期接種の対象と判定されました。  
 この受診票を持参して、予防接種を実施している医療機関を受診し、風しんの予防接種を受けてください。

**※入力する項目ではないので注意！医療機関コードは委託者の提供したコード表を参照する。**

予防接種予診票みほん(資料1-2のNo欄の番号記載↓)

国保連提出用

※必ず券種を確認する。

風しんの第5期の定期接種予診票

※太枠内をご記入ください。

券種	予防接種券	3
請求先	神奈川県横浜市	141003
接種費用(税抜)	10,010円(自己負担分を除く)	
自己負担(税抜)	0円	
発券No (氏名)	①発券番号	有効期限
	④漢字氏名	
	②バーコード	(国保連提出用)

※予防接種予診票のバーコードは、①発券番号と異なる。

氏名	⑥男・女
生年月日	昭和 年 月 日生 (満 歳)⑤
診察前の体温	度 分

質問事項	回答欄	医師記入欄
現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	はい  いいえ	
今日の予防接種について市区町村から配られている説明書を読みましたか。	はい  いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい  いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。(病名: )	はい  いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。(治療の内容: )	はい  いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい  いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい  いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。( )	はい  いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい  いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 症状( ) 予防接種の種類( )	はい  いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい  いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類( )	はい  いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名( )	はい  いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい  いいえ	
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名( )	はい  いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい  いいえ	

医師記入欄	被接種者が、風しんの第5期の定期接種の対象者であることを、抗体検査の結果等により確認(した・していない) 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。
-------	---

※入力する項目ではないので注意！医療機関コードは委託者の提供したコード表を参照する。

風しんの第5期の定期接種希望書

医師の診察・説明を受け、予防接種を希望します ( ) 接種を希望しません ( )

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。  
このことを理解の上、本予診票が市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者自署

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

医師記入欄	ワクチンロット番号	接種量	実施場所	⑦⑧医療機関コード ※健康安全課提供のコード表を確認する	医療機関等コード
	Lot No. ⑩ロット番号	0.5ml	医師名	年 月 日 ⑨接種日	
	(注)有効期限が切れていないか確認		接種年月日(西暦)		

予防接種予診票(予診のみ)みほん(資料1-2のNo欄の番号記載↓)

※必ず券種を確認する。

国保連提出用

風しんの第5期の定期接種予診票

※太枠内をご記入ください。

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 府 県 町 村	券種 予防接種予診券(予診のみ) 2	請求先 神奈川県横浜市 141003
氏名	④男 ・ 女	予診費用(税抜) 2,820円(自己負担分を除く)	自己負担額(税抜) 0円
生年月日	昭和 年 月 日生 (満 歳) ③	発券No (氏名)	①発券番号 有効期限 ②漢字氏名 (国保連提出用)

質問事項	回答欄		医師記入欄
現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	はい	いいえ	
今日の予防接種について市区町村から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。(病名: )	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。(治療の内容: )	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。具合の悪い症状を書いてください。( )	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。症状( ) 予防接種の種類( )	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類( )	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。病名( )	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。病名( )	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄	被接種者が、風しんの第5期の定期接種の対象者であることを、抗体検査の結果等により確認(した・していない) 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。
-------	---

※入力する項目ではないので注意！医療機関コードは委託者の提供したコード表を参照する。

風しんの第5期の定期接種希望書

医師の診察・説明を受け、予防接種を希望します ( ) 接種を希望しません ( )

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。  
 このことを理解の上、本予診票が市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

⑦実施日 年 月 日 被接種者自署

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

医師記入欄	ワクチンロット番号	接種量	実施場所 医師名 接種年月日	
	ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか確認	0.5ml	⑤医療機関コード※健康安全課提供のコード表を確認する ⑥医療機関名	医療機関等コード
			接種年月日 (西暦)	年 月 日