

宮医発第 711 号  
平成 30 年 3 月 27 日

会員医療機関 御中

公益社団法人 宮崎県医師会  
会 長 河 野 雅 行  
(公印省略)

平成 30 年度広域の定期予防接種への協力について (依頼)

時下ますます御清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、予防接種の接種機会の拡大を目的に平成 15 年 7 月から実施している広域予防接種にご協力を賜り深く感謝申し上げます。

平成 30 年度も引き続き本会が会員医療機関を代表して県内全市町村と契約を締結し実施したいと思っておりますので、対象者に対する予防接種が円滑に実施されますようご協力をお願いいたします。

つきましては、下記の諸連絡に合わせ、関係書類をお送りしますので、よろしくお願いたします。

## 記

### 1 広域予防接種

県医師会会員が開設し、又は管理する医療機関において、当該医療機関に属する医師により、個別接種で実施するものとする。

現在、各市町村で行われている実施体制（郡市医師会単位による準広域化を含む）については存続し、その上で宮崎県内に住民票のある者で、かかりつけ医が居住地以外の市町村にいる場合、あるいはやむを得ない事情により接種機会を逃した者が居住地以外の市町村の医療機関において予防接種（個別接種に限る）を希望する場合に行うこととする。

#### (1) 広域の例

- ①日南市の住民が宮崎市の医療機関で接種→県医師会へ請求
- ②小林市の住民が都城市の医療機関で接種→県医師会へ請求

#### (2) 準広域の例

- ①国富町の住民が宮崎市の医療機関で接種→宮崎市郡医師会へ請求
- ②三股町の住民が都城市の医療機関で接種→都城市北諸県郡医師会へ請求

### 2 対象者

住民票がある市町村以外において、別表のワクチンの予防接種を希望する当該対象年齢の方。ただし、郡市医師会単位による準広域化の対象者を除く。

### 3 対象となる予防接種

別表のワクチンの欄

#### 4 契約期間

平成 30 年 4 月 1 日～平成 31 年 3 月 31 日

#### 5 委託料

別表の委託料の欄（全市町村統一料金）

#### 6 実施報告書・予診票

実施報告書は県下統一様式です。右上の市町村名、下部の合計件数・金額欄を必ずご記入の上提出してください。

予診票は、行政配付または医療機関備え付けのものに「広域用」と書き込み提出してください。

#### 7 委託料の請求及び支払い

医療機関は、所定の請求書（1 枚）に実施報告書（市町村毎）と予診票を添え、ひと月分をまとめて翌月 7 日までに県医師会経理課に提出してください。

県医師会は、翌々月末日までに医療機関の指定口座に振り込みます。

#### 8 同封書類

- (1) 別表 委託料一覧
- (2) 実施報告書
- (3) 請求書

※各種様式は、宮崎県医師会ホームページ（<http://www.miyazaki.med.or.jp/>）からもダウンロードできます。

#### 9 請求先

〒880-0023 宮崎市和知川原 1 丁目 101  
公益社団法人 宮崎県医師会 経理課  
TEL 0985-22-5118 FAX 0985-27-6550

別表 予防接種委託料

ワクチン	定期予防接種対象年齢	年齢区分	委託料
麻しん・風しん 混合ワクチン	生後12月～24月に至るまで 5歳以上7歳未満で 小学校就学前1年間	1歳～2歳未満	12,210円
		5歳～6歳未満	10,806円
		6歳～7歳未満	9,996円
麻しんワクチン	生後12月～24月に至るまで 5歳以上7歳未満で 小学校就学前1年間	1歳～2歳未満	8,652円
		5歳～6歳未満	7,248円
		6歳～7歳未満	6,438円
風しんワクチン	生後12月～24月に至るまで 5歳以上7歳未満で 小学校就学前1年間	1歳～2歳未満	8,674円
		5歳～6歳未満	7,270円
		6歳～7歳未満	6,460円
日本脳炎	1期（初回、追加） 6月～90月に至るまで	6月～3歳未満	9,184円
		3歳～6歳未満	7,780円
		6歳～90月に至るまで	6,970円
	2期 9歳以上13歳未満	9歳～13歳未満	6,970円
	予防接種実施規則附則第5条 の対象者（20歳未満）※1	20歳未満	6,970円
ジフテリア・破傷風 (DT)	2期 11歳以上13歳未満	11歳～13歳未満	4,951円
BCG	1歳に至るまで	1歳に至るまで	8,988円
不活化ポリオ (単独)	1期（初回、追加） 3月～90月に至るまで	3月～3歳未満	11,595円
		3歳～6歳未満	10,191円
		6歳～90月に至るまで	9,381円
ジフテリア・ 百日せき・ 破傷風・ 不活化ポリオ (DPT-I PV)	1期（初回、追加） 3月～90月に至るまで	3月～3歳未満	12,748円
		3歳～6歳未満	11,344円
		6歳～90月に至るまで	10,534円
ジフテリア・ 百日せき・ 破傷風 (DPT)	1期（初回、追加） 3月～90月に至るまで	3月～3歳未満	7,236円
		3歳～6歳未満	5,832円
		6歳～90月に至るまで	5,022円
H i b	生後2月～60月に至るまで	2月～3歳未満	10,173円
		3歳～5歳未満	8,769円
小児用肺炎球菌	生後2月～60月に至るまで	2月～3歳未満	13,510円
		3歳～5歳未満	12,106円
水痘	12月～36月に至るまで	1歳～3歳未満	10,588円
HPV	小6～高1相当年齢の女子	11歳～17歳未満の女子	16,521円
B型肝炎	1歳に至るまで	1歳に至るまで	8,039円
予診のみ実施			3,045円

※1 予防接種実施規則第5条の対象者で積極的勧奨差し控えにより、接種出来なかった分  
(長期にわたる疾患等の為、定期接種を受けられなかった者について)

※2 予防接種法施行令第1条の3第2項に規定する対象者について広域契約で接種を実施する場合は、市町村と医療機関が十分に調整の上実施すること。なお、費用については別表を超える年齢で接種した場合は、各ワクチンの一番年齢の高い区分を適用する。  
但し、麻しん風しん（単独）の場合は下記のとおりとする。

	麻しん風しん混合	麻しん単独	風しん単独
2歳以上3歳未満	12,210円	8,652円	8,674円
3歳以上5歳未満	10,806円	7,248円	7,270円

市町村名

【平成30年度用】

## 広域定期予防接種実施報告書

(平成 年 月分)

実施医療機関名

予防接種名	年齢区分	請求内訳		
麻しん風しん 混合(MR)	1歳～2歳未満	12,210 円 ×	件 =	円
	5歳～6歳未満	10,806 円 ×	件 =	円
	6歳～7歳未満	9,996 円 ×	件 =	円
麻しん	1歳～2歳未満	8,652 円 ×	件 =	円
	5歳～6歳未満	7,248 円 ×	件 =	円
	6歳～7歳未満	6,438 円 ×	件 =	円
風しん	1歳～2歳未満	8,674 円 ×	件 =	円
	5歳～6歳未満	7,270 円 ×	件 =	円
	6歳～7歳未満	6,460 円 ×	件 =	円
日本脳炎	6月～3歳未満	9,184 円 ×	件 =	円
	3歳～6歳未満	7,780 円 ×	件 =	円
	6歳～	6,970 円 ×	件 =	円
二種混合(DT)	11歳～13歳未満	4,951 円 ×	件 =	円
B C G	1歳に至るまで	8,988 円 ×	件 =	円
不活化ポリオ (単独)	3月～3歳未満	11,595 円 ×	件 =	円
	3歳～6歳未満	10,191 円 ×	件 =	円
	6歳～90月に至るまで	9,381 円 ×	件 =	円
四種混合 (DPT-IPV)	3月～3歳未満	12,748 円 ×	件 =	円
	3歳～6歳未満	11,344 円 ×	件 =	円
	6歳～90月に至るまで	10,534 円 ×	件 =	円
三種混合 (DPT)	3月～3歳未満	7,236 円 ×	件 =	円
	3歳～6歳未満	5,832 円 ×	件 =	円
	6歳～90月に至るまで	5,022 円 ×	件 =	円
ヒブ (Hib)	2月～3歳未満	10,173 円 ×	件 =	円
	3歳～5歳未満	8,769 円 ×	件 =	円
小児用肺炎球菌	2月～3歳未満	13,510 円 ×	件 =	円
	3歳～5歳未満	12,106 円 ×	件 =	円
水痘	1歳～3歳未満	10,588 円 ×	件 =	円
HPV	11歳～17歳未満の女子	16,521 円 ×	件 =	円
B型肝炎	1歳に至るまで	8,039 円 ×	件 =	円
予診のみ実施	—	3,045 円 ×	件 =	円

合 計

件 =

円

# 請 求 書 ※翌月7日までに提出

平成 年 月分 の広域定期予防接種費として、下記の金額を請求します。

記

金 額	千	百	拾	万	千	百	拾	円

内訳 別紙のとおり 市町村別実施報告書 \_\_\_\_\_ 枚  
予 診 票 \_\_\_\_\_ 枚

平成 年 月 日

公益社団法人 宮崎県医師会長 様

住 所

名 称

代表者

印

振	金融機関名	銀行	支店
	預金の種類	普通	当座
込	口座番号		
	フリガナ (必ず記入)		
口	口座名義 (正確に記入)		
座	広域予防接種委託料		

※ 上記振込口座は初回請求のみご記入ください。  
2回目以降は変更がある場合のみご記入ください。  
予診票を添えて、ひと月分をまとめて翌月7日までに  
県医師会経理課まで提出してください。