

宮医発第 625 号  
令和 7 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)

令和 7 年度広域の高齢者等肺炎球菌ワクチン及び带状疱疹ワクチン定期予防接種への協力について (依頼)

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、広域の高齢者等への定期予防接種について、令和 7 年度も、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。従来の肺炎球菌ワクチンに加え、今年度から新たに带状疱疹ワクチンが追加されます。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。

なお、関係書類は郵送いたしませんので、お手数をおかけいたしますが、下記県医師会ホームページよりダウンロードをお願いいたします。

## 記

### 1 宮崎県医師会ホームページ

「令和 7 年度広域の高齢者等肺炎球菌・带状疱疹ワクチン定期予防接種 様式」

[https://www.miyazaki.med.or.jp/doctors/haien\\_taijou-2](https://www.miyazaki.med.or.jp/doctors/haien_taijou-2)

宮崎県医師会トップページ > 医師の皆さまへ > 様式・掲示物ダウンロード >  
令和 7 年度広域の高齢者等肺炎球菌・带状疱疹ワクチン定期予防接種 様式

### 2 ホームページ掲載書類について

- 1) 文書一式
- 2) 予診票 (Word)
- 3) 請求書 (Excel)

[連絡先] 宮崎県医師会 地域医療課 池田  
〒880-0023 宮崎市和知川原 1-101  
TEL0985-22-5118 FAX0985-27-6550  
E-mail:a-ikeda-staff@miyazaki.med.or.jp

# 令和7年度広域の高齢者等肺炎球菌ワクチン及び带状疱疹ワクチン定期予防接種 概要

## 1 広域予防接種

会員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いたします。

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いたします。

### (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予防接種を希望する以下の方。ただし、郡市医師会単位による準広域化の対象者を除きます。

### 【肺炎球菌】

- (1) 65歳の方。
- (2) 60～65歳未満の方で心臓や腎臓、呼吸器の機能、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する方。

### 【带状疱疹】

- (1) 65歳の方
- (2) 60～65歳未満の方で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する方。

### (3) 経過措置対象の方

経過措置期間（令和7年度から令和11年度まで）の各当該年度に70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる方（令和7年度は、100歳以上の方も対象）。

## 3 契約期間

令和7年4月1日～令和8年3月31日

## 4 委託料（県医師会への請求額）

別表の当該市町村の委託料の欄。

接種料金は県内全市町村統一ですが、市町村により被接種者の自己負担額が違うため委託料が異なります。

(例) 【肺炎球菌】

4月の宮崎市分の請求額：一般 5,911 円、生活保護 7,911 円、予診のみ 2,421 円

(例) 【带状疱疹（生ワクチン）】

4月の宮崎市分の請求額：一般 5,923 円、生活保護 8,523 円、予診のみ 2,505 円

## 5 被接種者自己負担額

別表の被接種者自己負担額の欄。

## 6 説明書・予診票

同封の説明書及び予診票をコピーの上使用いただくか、行政配付のものに「広域用」と書き込み使用いただいても結構です。

## 7 委託料の請求及び支払い

所定の請求書（市町村ごと）に予診票を添え、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、翌々月末までに医療機関の指定口座に振り込みます。

## 8 その他注意事項

- 1) 請求書は県下統一様式です。右上に市町村名を記入の上、市町村ごとに請求してください。また、請求金額下の内訳も必ずご記入ください。
- 2) 生活保護受給の方は予診票に生活保護受給者番号を必ず記入してください。
- 3) 60～64歳の方は必ず証明書(身体障害者手帳の写し等)を添付してください。
- 4) 年齢計算違いや生年月日等の記入漏れが多数あります。必ずご確認をお願いします。
- 5) 期日を過ぎた請求については、お支払いできない場合があります。

## 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 予防接種担当 宛

(TEL 0985-22-5118 FAX 0985-27-6550)

(別表1)

## 令和7年度(広域)高齢者肺炎球菌感染症・带状疱疹 予防接種委託料一覧

◆実施期間: 令和7年4月1日～令和8年3月31日◆

(単位:円・税込)

市町村名	高齢者肺炎球菌				带状疱疹ワクチン(生ワクチン)				带状疱疹ワクチン(組換えワクチン)				担当課	電話番号
	委託料(県医師会への請求額)			被接種者 自己負担額	委託料(県医師会への請求額)			被接種者 自己負担額	委託料(県医師会への請求額)			被接種者 自己負担額		
	一般	生活保護	予診のみ		一般	生活保護	予診のみ		一般	生活保護	予診のみ			
宮崎市	5,911	7,911	2,421	2,000	5,923	8,523	2,505	2,600	15,132	21,732	2,505	6,600	健康支援課	0985-29-5286
都城市	5,411	7,911	2,421	2,500	5,823	8,523	2,505	2,700	15,132	21,732	2,505	6,600	健康課	0986-23-2765
延岡市	5,411	7,911	2,421	2,500	6,023	8,523	2,505	2,500	15,232	21,732	2,505	6,500	地域医療政策課	0982-22-7066
日南市	5,411	7,911	2,421	2,500	5,923	8,523	2,505	2,600	15,132	21,732	2,505	6,600	健康増進課	0987-31-1129
小林市	5,411	7,911	2,421	2,500	6,023	8,523	2,505	2,500	15,232	21,732	2,505	6,500	健康推進課	0984-23-0323
日向市	5,411	7,911	2,421	2,500	6,323	8,523	2,505	2,200	15,532	21,732	2,505	6,200	健康増進課	0982-66-1024
串間市	5,411	7,911	2,421	2,500	5,923	8,523	2,505	2,600	15,132	21,732	2,505	6,600	医療介護課	0987-72-0333
西都市	5,411	7,911	2,421	2,500	5,923	8,523	2,505	2,600	15,232	21,732	2,505	6,500	健康ほけん課	0983-43-1146
えびの市	5,411	7,911	2,421	2,500	6,023	8,523	2,505	2,500	15,232	21,732	2,505	6,500	健康保険課	0984-35-1116
三股町	5,411	7,911	2,421	2,500	5,823	8,523	2,505	2,700	15,132	21,732	2,505	6,600	町民保健課	0986-52-8481
高原町	5,411	7,911	2,421	2,500	6,023	8,523	2,505	2,500	15,232	21,732	2,505	6,500	健康課	0984-42-4820
国富町	5,911	7,911	2,421	2,000	5,923	8,523	2,505	2,600	15,132	21,732	2,505	6,600	保健介護課	0985-75-3553
綾町	5,911	7,911	2,421	2,000	5,923	8,523	2,505	2,600	15,132	21,732	2,505	6,600	福祉保健課	0985-77-0195
高鍋町	5,411	7,911	2,421	2,500	5,923	8,523	2,505	2,600	15,132	21,732	2,505	6,600	健康保険課	0983-23-2323
新富町	5,411	7,911	2,421	2,500	5,923	8,523	2,505	2,600	15,132	21,732	2,505	6,600	いきいき健康課	0983-33-6059
西米良村	6,911	7,911	2,421	1,000	6,523	8,523	2,505	2,000	15,732	21,732	2,505	6,000	福祉健康課	0983-36-1114
木城町	5,911	7,911	2,421	2,000	5,923	8,523	2,505	2,600	15,132	21,732	2,505	6,600	福祉保健課	0983-32-4010
川南町	5,411	7,911	2,421	2,500	5,923	8,523	2,505	2,600	15,132	21,732	2,505	6,600	町民健康課	0983-27-8009
都農町	5,411	7,911	2,421	2,500	5,923	8,523	2,505	2,600	15,132	21,732	2,505	6,600	健康管理センター	0983-25-1008
門川町	5,411	7,911	2,421	2,500	6,323	8,523	2,505	2,200	15,532	21,732	2,505	6,200	町民健康課	0982-63-1140
諸塚村	5,911	7,911	2,421	2,000	6,523	8,523	2,505	2,000	15,732	21,732	2,505	6,000	住民生活課	0982-65-1119
椎葉村	5,911	7,911	2,421	2,000	7,523	8,523	2,505	1,000	4,232	21,732	2,505	17,500	福祉保健課	0982-68-7510
美郷町	4,911	7,911	2,421	3,000	6,323	8,523	2,505	2,200	15,532	21,732	2,505	6,200	健康福祉課	0982-66-3610
高千穂町	5,411	7,911	2,421	2,500	6,023	8,523	2,505	2,500	15,232	21,732	2,505	6,500	保健福祉総合センター	0982-73-1717
日之影町	5,411	7,911	2,421	2,500	6,023	8,523	2,505	2,500	15,232	21,732	2,505	6,500	保健センター	0982-73-7521
五ヶ瀬町	5,411	7,911	2,421	2,500	7,500	8,523	2,505	1,023	16,000	21,732	2,505	5,732	町民課	0982-82-1704

## 圏域外（広域）の高齢者等肺炎球菌ワクチン予防接種について （説明書及び肺炎球菌ワクチン接種済証明書）

肺炎球菌の予防接種を実施するに当たって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、以下の肺炎球菌ワクチンに関する情報を必ずお読みいただいた上で、予診票にできるだけ詳しくご記入ください。ご自身での記入が難しい方が接種を希望されている場合には、健康状態をよく把握しているご家族の方など代理人がご記入ください。なお、**接種される方の接種希望確認ができない場合は接種できませんので** 予めご了承ください。

### 【接種対象者】[令和7年4月1日から令和8年3月31日まで]

法律で決められた肺炎球菌ワクチン接種の対象者は、以下の条件にあてはまり、**本人が接種を希望する人**。

- ① 65歳の方
- ② 60歳から65歳未満の方で、心臓、腎臓、呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障害やヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害がある方（身障者手帳のコピーを添付してください）

### 【予防接種を受けることができない人】

- ① 明らかな発熱を呈している人（37.5℃以上）
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ③ その他、医師が不適當な状態と判断した場合

### 【予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなくてはならない人】

- ① 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患を有することが明らかな人
- ② 過去にけいれんの既往がある人

### 【予防接種を受けた後の注意事項】

- ① 予防接種を受けた後30分間くらいは医師（医療機関）とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。

急な副反応（ショックや蕁麻疹、呼吸困難等）が、この間に起こることがあります。その他の反応としてワクチンを接種した場所の発赤・腫れ・痛み等を起こすことがあり、また、発熱や頭痛、さむけ、体のだるさ等もみられることもあります。2～3日で消失します。

まれに神経障害や紫斑などの重い副反応が生じた場合、厚生労働大臣が予防接種法に基づく定期的予防接種によるものと認定したときは、予防接種法に基づく健康被害救済の給付の対象になります。

- ② 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は差し支えありませんが、接種部位を強くこすことはやめましょう。
- ③ 接種当日は、いつも通りの生活をしてかまいませんが、激しい運動は避けましょう。
- ④ 接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。

圏域外（広域）の高齢者等肺炎球菌ワクチン接種済証明書

肺炎球菌ワクチン接種を下記のとおり実施したことを証します。

被接種者	氏名：
	生年月日： 年 月 日
接種年月日	年 月 日
製薬会社名	
ワクチン Lot No.	
接種量	0.5mL
実施医療機関名	

※県内の各医療機関様へお願いします。

圏域外（広域）の高齢者等の肺炎球菌ワクチン接種を受けられた方には、左記の予防接種済証明書の交付をお願いします。

※高齢者等肺炎球菌ワクチン予防接種の対象者のみにご使用ください。

## 圏域外（広域）の高齢者等肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

診察前の体温	度 分	対象者区分	1. 65歳 2. 60~64歳	生活保護 ケース番号		
住所 (住民登録地)	〒			電話		
(フリガナ)		男 ・ 女	生年月日	昭和 年 月 日	日生 歳	
氏 名						
質問事項				回答欄		医師記入欄
肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。				いいえ	はい	
今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種についての「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				いいえ	はい	
●病名 ( )						
・治療（投薬など）を受けていますか。				いいえ	はい	
・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。				いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。				いいえ	はい	
●具合の悪い症状を書いてください ( )						
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。				いいえ	はい	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。				いいえ	はい	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。				いいえ	はい	
●予防接種の種類 ( )						
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。				いいえ	はい	
●病名 ( )						
・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	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。				いいえ	はい	
●病名 ( )						
今日の予防接種について質問がありますか。				いいえ	はい	

◎太枠内を黒ボールペンではっきりとお書きください。

医師記入欄	
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）[見合わせた理由： ] 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ました。	
医師の署名または記名押印	

ワクチンロット番号・接種量	皮下注射・筋肉内注射の別	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名 Lot No.		実施場所： 医師名： 接種年月日： 年 月 日
接種量 0.5mL		

(注) 有効期限が切れていないか確認

高齢者等肺炎球菌ワクチン予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください）	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。 ( 希望します ・ 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	
被接種者署名 [ ]	
代筆者署名 [ 続柄 ( ) ]	

(※自署できない場合、代筆者が署名し代筆者氏名および被接種者との続柄を記載)

## 带状疱疹の予防接種についての説明書

### 带状疱疹とは

带状疱疹は、過去に水痘にかかった時に体の中に潜伏した水痘带状疱疹ウイルスが再活性化することにより、神経支配領域に沿って、典型的には体の左右どちらかに帯状に、時に痛みを伴う水疱が出現する病気です。合併症の一つに皮膚の症状が治った後にも痛みが残る「带状疱疹後神経痛」があり、日常生活に支障をきたすこともあります。

带状疱疹は、70歳代で発症する方が最も多くなっています。

### 対象となる方

- ① 年度内に65歳を迎える方
- ② 60～64歳でヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害があり日常生活がほとんど不可能な方。
- ③ 令和7年度から令和11年度までの5年間の経過措置として、その年度内に70、75、80、85、90、95、100歳（※）となる方も対象となります。

※ 100歳以上の方については、令和7年度に限り全員対象となります。

### 带状疱疹ワクチンとは

带状疱疹ワクチンには生ワクチン（阪大微研：乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」）、組換えワクチン（GSK社：シングリックス）の2種類があり、接種回数や接種方法、接種スケジュール、接種条件、効果とその持続期間、副反応などの特徴が異なりますが、いずれのワクチンも、带状疱疹やその合併症に対する予防効果が認められています。

	生ワクチン（阪大微研）	組換えワクチン（GSK社）
接種回数（接種方法）	1回（皮下に接種）	2回（筋肉内に接種）
接種スケジュール	—	通常、2か月以上の間隔を置いて2回接種 ※病気や治療により、免疫の機能が低下したまたは低下する可能性がある方等は、医師が早期の接種が必要と判断した場合、接種間隔を1か月まで短縮できます。
接種できない方	病気や治療によって、免疫が低下している方は接種出来ません。	免疫の状態に関わらず接種可能です。
接種に注意が必要な方	輸血やガンマグロブリンの注射を受けた方は治療後3か月以上、大量ガンマグロブリン療法を受けた方は治療後6か月以上置いて接種してください。	筋肉内に接種をするため、血小板減少症や凝固障害を有する方、抗凝固療法を実施されている方は注意が必要です。

その他に、接種前に発熱を呈している方、重篤な急性疾患に罹っている方、それぞれの予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを呈したことが明らかな方等はいずれのワクチンをも接種出来ません。

また、心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患を有する方、予防接種を受けて2日以内に発熱や全身の発疹などのアレルギー症状があった方、けいれんを起こしたことがある方、免疫不全と診断されている方や、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方、带状疱疹ワクチン（生ワクチン、組換えワクチン）の成分に対してアレルギーを起こすおそれのある方等はいずれのワクチンについても接種に注意が必要です。

## 带状疱疹ワクチンの効果

		生ワクチン（阪大微研）	組換えワクチン（GSK社）
带状疱疹に対するワクチンの効果（報告）	接種後1年時点	6割程度の予防効果	9割以上の予防効果
	接種後5年時点	4割程度の予防効果	9割程度の予防効果
	接種後10年時点	—	7割程度の予防効果

※ 合併症の一つである、带状疱疹後神経痛に対するワクチンの効果は、接種後3年時点で、生ワクチンは6割程度、組換えワクチンは9割以上と報告されています。

## 带状疱疹ワクチンの安全性

ワクチンを接種後に以下のような副反応がみられることがあります。また、頻度は不明ですが、生ワクチンについては、アナフィラキシー、血小板減少性紫斑病、無菌性髄膜炎が、組換えワクチンについては、ショック、アナフィラキシーがみられることがあります。

接種後に気になる症状を認めた場合は、接種した医療機関へお問い合わせください。

主な副反応の発現割合	生ワクチン（阪大微研）	組換えワクチン（GSK社）
70%以上	—	疼痛*
30%以上	発赤*	発赤* 筋肉痛、疲労
10%以上	そう痒感*、熱感* 腫脹*、疼痛*、硬結*	頭痛、腫脹* 悪寒、発熱、胃腸症状
1%以上	発疹、倦怠感	そう痒感*、倦怠感、その他の疼痛

\*ワクチンを接種した部位の症状 各社の添付文書より厚労省にて作成

## 他のワクチンとの同時接種・接種間隔

いずれの带状疱疹ワクチンについても、医師が特に必要と認めた場合は、インフルエンザワクチンや新型コロナウイルスワクチン、高齢者肺炎球菌ワクチン等の他のワクチンと同時接種が可能です。

ただし、生ワクチン（阪大微研）については、他の生ワクチンと27日以上の間隔を置いて接種してください。

## 接種を受けた後の注意点

ワクチンの接種後30分程度は安静にしてください。また、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師へ連絡してください。

注射した部分は清潔に保つようにしてください。接種当日の入浴は問題ありません。

当日の激しい運動は控えるようにしてください。

## 予防接種健康被害救済制度について

予防接種は、感染症を予防するために重要なものですが、健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が起こることがあります。極めてまれではあるものの、副反応による健康被害をなくすることはできないことから、救済制度が設けられています。

制度の利用を申し込む時は、予防接種を受けた時に住民票を登録していた市町村にご相談ください。

## 定期接種を受ける方法・費用

定期接種はお住まいの（住民票のある）市町村（特別区を含む）で実施されます。

接種を受ける場所や費用について、詳しくはお住まいの市町村にお問い合わせください。

## 圏域外（広域）の带状疱疹ワクチン接種済証明書

带状疱疹ワクチン接種を下記のとおり実施したことを証します。

被接種者	氏名：
	生年月日： 年 月 日
接種年月日	年 月 日
製薬会社名	
ワクチン Lot No.	
接種量	0.5mL
実施医療機関名	

※県内の各医療機関様へお願いします。

圏域外（広域）の高齢者等の带状疱疹ワクチン接種を受けられた方には、左記の予防接種済証明書の交付をお願いします。

※高齢者等带状疱疹予防接種の対象者のみにご使用ください。

圏域外（広域）の高齢者等带状疱疹予防接種予診票

診察前の体温	度 分	対象者区分	1. 65歳以上 2. 60～64歳	生活保護 ケース番号	
住 所 (住民登録地)				電話	
(フリガナ)		男・女	生年月日	明治・大正・昭和	
氏 名				年 月 ( 日生 歳)	

◎太枠内を黒ボールペンではっきりとお書きください。

質問事項	回答欄	医師記入欄
带状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。	いいえ  はい	
(今回の接種が2回目以降の場合) 前回接種したワクチンの種類、接種年月日を記載してください。 (注1) ワクチンの種類は①シングリックス(組換えワクチン)、②乾燥弱毒生水痘ワクチン「ピケン」(生ワクチン)、③その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください。	① / ② / ③ 年 月 日	
今日の带状疱疹の予防接種について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 ( )	いいえ  はい	
・治療(投薬など)を受けていますか。	いいえ  はい	
・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。	いいえ  はい	
今日、体に具合の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 ( )	いいえ  はい	
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。	いいえ  はい	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 ●予防接種の種類 ( )	いいえ  はい	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	いいえ  はい	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 ●予防接種の種類 ( )	いいえ  はい	
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 ( )	いいえ  はい	
・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	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 ●病名 ( )	いいえ  はい	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	いいえ  はい	
今日の予防接種について質問がありますか。	いいえ  はい	

医師記入欄

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 ) [見合わせた理由: ]  
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ました。

医師の署名または記名押印 [ ]

ワクチンロット番号・接種量	接種方法	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No.	シングリックス 乾燥弱毒生水痘 筋肉内注射 ワクチン「ピケン」 皮下注射	実施場所: 医師名: 接種年月日: 年 月 日
接種量 0.5mL		

(注) 有効期限が切れていないか確認

带状疱疹予防接種希望書(医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。  
( 希望します ・ 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

被接種者署名 [ ]

代筆者署名 [ 続柄 ( ) ]

(※自署できない場合、代筆者が署名し代筆者氏名および被接種者との続柄を記載)

肺炎球菌・带状疱疹  
ワクチン用

市町村名

令和7年度用

請求書 ※翌月7日までに提出

令和 年 月分の広域高齢者等肺炎球菌ワクチン及び带状疱疹ワクチン定期予防接種委託料として請求します。

記

金額	百	拾	万	千	百	拾	円
----	---	---	---	---	---	---	---

【内訳】

肺炎球菌

一般（被接種者）	円 ×	名
生活保護（被接種者）	円 ×	名
予診のみ	円 ×	名

【内訳】

带状疱疹

生 ワ ク チ ン	一般（被接種者）	円 ×	名
	生活保護（被接種者）	円 ×	名
組 換 え ワ ク チ ン	一般（被接種者）	円 ×	名
	生活保護（被接種者）	円 ×	名
	予診のみ	円 ×	名

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 込 口 座	金融機関名	銀行	支店
	預金種類	普通	当座
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義		

※ 口座名義はフリガナを含めて正確にご記入ください。

※ 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。