

子どもを対象とした

岩手県広域的予防接種 協力医療機関の手引き



岩手県保健福祉部
(一社) 岩手県医師会

令和7年4月

目 次

はじめに	p 1
対象ワクチンとその対象者	p 2
接種の手続き	p 3
1 予約の受付	
2 受診時の窓口対応	
対象者が持参する書類	p 4 p 5
1 広域接種パスポート	
2 母子健康手帳又は健康保険証	
3 予診票	
接種料金について	p 5
窓口での費用徴収	
例 1（差額を窓口で徴収する場合）	p 6
例 2（全額住所地市町村が負担する場合）	p 7
委託料の請求	p 8
副反応報告について	p 10
健康被害への対応について	p 10
個人情報の保護について	p 10
（別紙様式 4-1）岩手県広域的予防接種承諾書兼委任状（A 類及び B 類疾病）	p 11
（別紙様式 4-1 の 2）岩手県広域的予防接種承諾書兼委任状（A 類疾病）	p 12
（別紙様式 4-1 の 3）岩手県広域的予防接種承諾書兼委任状（B 類疾病）	p 12
（別紙様式 4-2）岩手県広域的予防接種協力医療機関等変更届	p 13
（別紙様式 10）岩手県広域的予防接種実施報告書兼請求書（A 類疾病）	p 14
「岩手県広域的予防接種」受付チェックシート（子ども）	p 15
（参考）広域接種番号の付番方法	p 16
（参考）参考ホームページ URL 等	p 17
各市町村予防接種担当課一覧（子ども） 問合せ・連絡先	p 18 p 19

はじめに

- ・ 昭和 23 年に「予防接種法」が施行されましたが、状況の変化や国民意識の高まり等により、平成 6 年「義務接種」から「努力義務」とする大改正が行われました。
- ・ 予防接種法に基づく定期接種は市町村長が行うこととされ、実施主体は市町村であり、通常は当該地域内又は近隣での接種の実施が想定されているものです。
- ・ このような状況下で本県では、県民の利便性向上のため、平成 10 年、県内の他の市町村でも受診できるよう、全国に先駆け「乳幼児定期予防接種の広域実施体制」を構築し、その後、各市町村においてそれぞれ取り組んできました。
- ・ しかし、この運用も約 20 年が経過し、県民や関係者から「より便利に」「より簡便に」との声も高まってきたことから、県民の利便性の更なる向上と予防接種率の向上を図り、併せて対応する医療機関の事務手続き平準化・低減を図るため、平成 30 年 1 月、「岩手県広域的予防接種実施要領」を策定し、これに基づき乳幼児等（A 類疾病）について「広域接種パスポート」制度を創設して、同年 4 月より県内 33 の全市町村で取り組みを開始しました。
- ・ この乳幼児等の新たな取組は、想定以上に順調に運用されていることから、これまでも関係者から要望の多かった「高齢者（B 類疾病）の広域的予防接種」実施体制について検討し、今般、新たに対応体制を構築することとしました。
- ・ 併せて、県境部等にお住まいの皆様への利便性向上のため、県外の医療機関においても県内と同様に広域的予防接種を実施できるよう、今回の要領改正で他県での対応を盛り込みました。今後、必要な準備を進めていきます。
- ・ 医療機関や市町村等、関係者の皆様におかれましては、この手引きも参考に、本制度の安全かつ円滑な実施について御理解をいただき、引き続き御協力をお願いします。



岩手県広域的予防接種マスコットキャラクター 「こういきくん」

・ 県のシルエットをかたどったキャラクターが笑顔で注射器を抱える図案により、岩手県全体で「県民フレンドリー」な予防接種の実施に取り組んでいることを表しています。

対象ワクチンとその対象者

※ 本県の広域的予防接種の対象とする、予防接種法第2条第2項に規定されるA類疾病に係る乳幼児等（以下、この手引きでは「子ども」と表記します。）の予防接種

予防接種の種類	接種対象者
DPT-IPV-Hib（五種混合） （ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・Hib感染症）	生後2月から生後90月に至るまでの間にある者
DPT-IPV（四種混合） （ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）	生後2月から生後90月に至るまでの間にある者 ^{※1}
DPT（三種混合） （ジフテリア・百日せき・破傷風）	生後2月から生後90月に至るまでの間にある者 ^{※1}
DT（ジフテリア・破傷風）	①生後2月から生後90日に至るまでの間にある者 ^{※1・2} ②11歳以上13歳未満の者
IPV（不活化ポリオ）	生後2月から生後90月に至るまでの間にある者
麻しん・風しん混合（MR）	①生後12月から生後24月に至るまでの間にある者
麻しん	②5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
風しん	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者
日本脳炎	①生後6月から生後90月に至るまでの間の者 ②9歳以上13歳未満の者 【特例対象者】 （1）平成19年4月2日から平成21年10月1日に生まれた者で、平成22年3月31日までに接種が終了していない者で、①、②の年齢にある者 （2）平成17～21年度にかけての積極的接種勧奨の差し控えにより、予防接種を受ける機会を逸した者（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）
結核（BCG）	1歳に至るまでの間にある者
Hib感染症	生後2月から60月に至るまでの間にある者
小児の肺炎球菌感染症	生後2月から60月に至るまでの間にある者
HPV（ヒトパピローマウイルス）感染症	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
水痘	生後12月から36月に至るまでの間にある者
B型肝炎	1歳に至るまでの間にある者
ロタウイルス感染症	生後6週0日後から24週0日後までの間にある者

- ※1 ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎又は破傷風の既罹患者においてもDPT-IPV、DPT、DTの接種は可能です。
- ※2 明らかに百日せきに罹患した者（百日せきの臨床診断は難しい場合が多く、検査室診断で確認されていない場合は、明らかに罹患したと考える方が良い）に用いられます。（接種回数・接種量に注意）

接種の手続き

< 1 予約の受付 >

- ・広域予防接種を希望する方は住所地の市町村に申請し、認められた場合、その市町村から「**岩手県広域接種パスポート**」が交付されます。

岩手県広域的予防接種事業実施要領(抜粋)

第3 対象者

本事業の対象者は、定期の予防接種の対象者のうち次のいずれかに該当し、広域的予防接種を希望する者とする。

- 1 A類疾病に係る定期予防接種（以下「A類接種」という。）に係る対象者
 - (1) かかりつけ医又は主治医が住所地市町村外にいる者
 - (2) 母親の出産や施設入所等の理由により、住所地市町村外に長期滞在している者
 - (3) その他やむを得ない事情により、住所地市町村で定期の予防接種を受けることが困難な者
 - (4) 上記(1)から(3)以外で、住所地市町村長の判断により本事業の対象とする者

- ・対象者は、接種の実施を**希望する医療機関に電話等で予約**します。
- ・電話を受けた医療機関は、「広域接種パスポート」に記載された9桁の「**広域接種番号**」と現在の「**住民票住所**」を聞き取りして確認し、申込者が住所地市町村からパスポートを交付された広域予防接種の**対象者**で、かつ、パスポート**発行元市町村と現住所が一致**していることを確認した上で、予約を受け付けます。
- ・その際、予防接種の種類や対象者（子ども）の年齢、前回接種からの間隔や他のワクチンの実施状況等、通常の定期接種と同様に必要事項を十分確認の上、予約受付してください。
- ・接種料金は医療機関が実施している「**いつもの料金***」です。予約受付の際、その料金を相手方にお知らせすると親切です。また、申込者の住所地市町村の公費負担額が**不足**する場合、**窓口での支払がある**こともお知らせください。（公費の負担上限額は、対象者の広域接種パスポートに記載されています。）

（例）「当院での〇〇接種の料金は△△円です。お住いの市町村の補助金負担上限額は？
そうすると▽▽円足りません。不足分は窓口で直接お支払いください。」

※接種に係る「いつもの料金」とは…

- 1 **県内**の協力医療機関では…
 - 医療機関が所在する市町村が**定めた額**です。
 - 原則、「**通常の定期予防接種**」に係る**委託契約料金**となります。
- 2 **県外**の協力医療機関では…
 - 「**通常の予防接種料金**」となります。
 - 原則、当該予防接種を**任意接種**として実施する際と同様の「**医療機関が定める料金**」です。

※広域接種パスポートの形式は…<ご承知おきください>

- 「広域接種パスポート」の様式には「**縦型**」と「**横型**」（推奨）がありますが、縦型・横型のどちらも項目や機能に違いはありません。
- 「広域接種パスポート」の様式の印刷サイズに規定はありません（A4判又はB5判二つ折りを推奨）。発行元市町村により**大きさが異なる**場合があります。また、**カラー／白黒も同様**です。

＜２ 受診時の窓口対応＞

- ・対象者は「**広域接種パスポート**」を持参します。これを窓口で確認することにより、医療機関は対象者の「住所地市町村」や「広域接種を許諾された事実」を確認しますが、併せて、他の予防接種と同様に、**母子健康手帳**等により、「**希望する予防接種の対象者であること**」の**確認**や、他の予防接種との接種間隔等の「**接種スケジュール**」の**確認**を行って、接種回数や接種間隔の間違い、不要な接種など**予防接種事故の防止**に努めて下さい。
- ・なお、希望する予防接種が**定期接種の対象ではない場合**、この「**広域的予防接種実施要領**」の**対象ではありません**のでご注意ください（予防接種の種類や年齢等が条件を満たさない場合など）。この場合は**任意接種の取扱**となり、市町村から公費の支払いが行われず、**全額自己負担**となります。また、これにより健康被害が発生した場合、補償等の対応が大きく異なりますので、十分に注意願います。

対象者が持参する書類

- ・対象者（保護者）は、次の書類を持参することとなっています。
- ・**いずれかを忘れた場合、原則、広域的予防接種を受けられません**ので、ご注意ください。

１ 岩手県広域接種パスポート※

- ・本県の広域的予防接種対象者として住所地市町村に許諾されたことを証明する書類です。
- ・併せて、住所地市町村の公費負担上限額など、必要な情報も記載されています。
- ・これを持参しない場合、原則、広域的予防接種を受けることはできません。これは、事業許諾状況の確認による予防接種事故防止をはじめ、関係者の負担増等の観点からです。

２ 母子健康手帳※¹又は健康保険証※²

- ※¹ 母子健康手帳：15歳未満の方は母子健康手帳の持参が必要です。
- ※² 健康保険証：15歳以上の方で母子健康手帳を持参しなかった場合に確認します。

- ・**15歳未満**の場合、**予防接種の対象者であるか、接種間隔等は適切か等を確認するために母子健康手帳の確認が必要です**。
- ・予防接種終了後は、予防接種の種類、接種年月日その他**証明すべき事項**を母子健康手帳に**記載**します。
- ・**15歳以上**の方で母子健康手帳を持参しない方に対して予防接種を行った場合は、**予防接種済証**※に証明すべき事項を記載します。

※ **予防接種済証**（別紙：参考様式を使用します。）

⇒ 予防接種終了後は、証明すべき事項を母子健康手帳に記載することが原則です。

- ・15歳未満の方は、必ず母子健康手帳を持参することになっています。
- ・15歳以上の方でも、市町村によっては、母子健康手帳を必ず持参するようお願いしている場合があります。

◇ 予防接種済証について ◇

- ・日本脳炎の特例接種及びHPVワクチンは、15歳以上の者が受診することがあり、母子健康手帳を持参しない場合があるため、予防接種終了後に予防接種済証の交付が必要な場合があります。
- ・予防接種済証は、参考様式をダウンロードの上、必要事項を記入して記名押印し、本人(保護者)に交付してください。
- ・なお、市町村により、「予診票」の一部が予防接種済証となっている場合があります。
- ・予防接種済証は、万一健康被害が発生した場合、医療費等の請求手続きに必要です。

3 予診票

- ・予診票標準様式をご使用ください。

- ・原則、対象者が持参します。

(対象者が忘れた場合、「原則接種を受けられない」こととしていますが、医療機関の手元に様式がある場合、その予診票を使用することも可能です。その場合、その旨を付箋のメモ等で住所地市町村に伝えてください。また、県医療政策室（又は県医師会）のホームページから標準様式をダウンロードすることもできます。)

- ・予防接種実施の可否を判断するための大変重要な書類です。未記入の部分や、内容に不備がないよう記入※し、又は保護者に記入を求めます。

- ・受診後の予診票は、翌月、委託料請求書に添付して住所地市町村に送付します。

(法律上、住所地市町村が保管します。)

- ・対象者は接種の際、他の書類と共に予診票を医療機関窓口に提示しますが、その際、保護者が予診票右上の記入欄（記入欄がない場合は右上の欄外余白）に、「広域接種パスポート」に記載された9桁の「広域接種番号」を記入することとなっています。

- ・窓口で番号の記入の有無を確認し、記入がない場合は保護者に記入を求めるか、もしくは受付者が記入します。

- ・なお、この番号の記入は、住所地市町村が自らの責任で協力医師に依頼し、実施された「広域的予防接種」の証しとして行うものです。

〔 ※ 予診票の医師署名欄は、**医師の直筆**（フルネーム）か、ゴム印使用の場合は**印鑑**（朱肉）を押印してください。 〕

接種料金について

- ・この手引きで言う「**接種料金**」（ア）は、「接種医療機関側が徴収する金額」を指します。
- ・この額は、

1 県内の協力医療機関の場合：原則、医療機関が所在する市町村と医療機関（または郡市医師会）の間で定めた**通常の「定期予防接種料金」**となります。

2 県外の協力医療機関の場合：原則、当該予防接種を**任意接種**として実施する際と同様の「**医療機関が定める料金**」となります。

- ・また、「**市町村負担上限額**」（イ）は、対象者の住所地市町村側が医療機関に**支払う額**の上限を指します。これは、対象者の**住所地市町村**が定めた額となります。

◇ 上記（イ）の額が（ア）に満たない場合、原則、対象者が**窓口で自己負担**することとなります。その**差額を窓口で迅速に把握**するため、被接種者が持参する「**広域接種パスポート**」に対象者住所地市町村の**公費負担上限額**を記載しています。

⇒費用徴収の具体例は、**窓口での費用徴収** 例1（p6）に記載しています。

◇ 市町村によっては公費負担上限額を定めず、（イ）を（ア）と同額としている場合もあります。

⇒費用徴収の具体例は、**窓口での費用徴収** 例2（p7）に記載しています。



窓口での費用徴収 例 1

- 接種医療機関が所在する市町村が設定する定期接種料金※¹を広域的「接種料金」(ア)とする。
- 被接種者の住所地市町村が設定する定期接種料金を「市町村負担上限額」(イ)として、これと差額が生じる場合、被接種者の住所地市町村が定める方法で徴収する。
(被接種者負担又は市町村負担) → 被接種者負担の場合の例

【例 1】 住所が A 市の岩手太郎ちゃんが B 町の C 病院で四種混合(DPT-IPV)を接種する場合

B 町の DPT-IPV 接種料金 13,000 円(ア)
 A 市の DPT-IPV 負担上限 12,000 円(イ) ← 「広域接種パスポート」で確認
 ※ A 市…接種料金の差額は被接種者負担

接種した B 町の C 病院は、
 窓口で被接種者に 1,000 円 (アーイ) を請求 し、翌月 A 市に 12,000 円を請求 する。

※ 1 県内医療機関の場合。
 県外の場合は「各医療機関が定める額」です。

(別紙様式 2) (第 5 関係)

岩手県広域接種パスポート

被接種者氏名	岩手 太郎	令和〇年〇月〇日生
保護者氏名	岩手 一郎	
住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 A市〇〇町〇丁目〇番地 (〒0000-0000-0000)	
広域接種番号	999月30017 ※1 ※2 ※3 ※1 市町村コード ※2 年度 (例: 令和3年度→R3) ※3 年度の通し番号	
有効期限	令和〇年3月31日まで (※ 転出した場合、本パスポートは無効です。)	
注意事項	岩手県内の広域的予防接種協力医療機関に限り有効	
備 考		

上記の者について、岩手県広域的予防接種の対象者として評価したことを証明します。
 また、上記の者について、岩手県広域的予防接種事業の協力医療機関において、協力医師が予防接種法に基づき定期予防接種を実施していただきますようお願いいたします。

令和〇年〇月〇日

●●市(町・村)長 ●●●●

公印

【●●市(町・村) 広域的予防接種料金 負担上限額一覧表】

予防接種の種類	料金	予防接種の種類	料金
DPT-IPV (四種混合)	13,000 円	Hib 感染症	9,580 円
DPT (三種混合)	6,000 円	小児の肺炎球菌感染症	13,310 円
DPT (ジフテリア・破傷風)	5,180 円	HPV 感染症	18,380 円
IPV (不活化ポリオ)	11,030 円	水痘	9,900 円
麻疹・風しん混合 (MR)	11,440 円	B型肝炎	4,000 円
麻疹	7,520 円	コタウウイルス	コタリックス 16,110 円
風しん	7,600 円	感染症	コタデック 10,610 円
日本脳炎	7,580 円	(予防のみ)	0 円
結核 (BCG)	8,100 円		

【差額が生じた場合の取扱い】

接種者が窓口で負担します

【協力医療機関へお願い】

・被接種者が広域接種対象者であることを確認後、本書は必ず被接種者(保護者等)に返却してください。
 ・協力医療機関において本書の控えが必要な場合は、協力医療機関がコピーを取ってください。

※「広域接種パスポート」の様式には「縦型」と「横型」があります。
 ・平成 31 年度以降、パスポートは原則、横型として規定していますが、市町村の事情により縦型の場合もあります。
 ・なお、縦型・横型のどちらも項目や機能に違いはありません。

B 町の四種混合接種料金：
 13,000 円

A 市(住所地)との差額：
 1,000 円

↓
 対象者が窓口で負担する。

窓口での費用徴収 例 2

- 接種医療機関が所在する市町村が設定する定期接種料金※¹を広域的「接種料金」(ア)とする。
- 被接種者の住所地市町村が設定する定期接種料金を「市町村負担上限額」(イ)として、これと差額が生じる場合、被接種者の住所地市町村が定める方法で徴収する。
(被接種者負担又は市町村負担) → 市町村負担の場合の例

【例 2】 住所が Z 村の医政室子ちゃんが B 町の C 病院で四種混合(DPT-IPV)を接種する場合

B 町の DPT-IPV 接種料金 13,000 円(ア)
 Z 村の DPT-IPV 負担上限 上限額設定なし(イ) ← 「広域接種パスポート」で確認
 ※ Z 町…接種料金は全額 Z 村が負担する

接種した B 町の C 病院は、
 翌月 13,000 円全額を Z 村に請求する。窓口での 被接種者負担なし。

※ 1 県内医療機関の場合。
 県外の場合は「各医療機関が定める額」です。

(別紙様式 2) (第 5 関係)

岩手県広域接種パスポート

被接種者氏名	岩手 太郎	令和〇年〇月〇日生
保護者氏名	岩手 一郎	
住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 A市〇〇町〇丁目〇番地 (〒000-0000-0000)	
広域接種番号	999H30017 ※1 市町村コード ※2 年度 (例: 令和3年度→R3) ※3 年度の通し番号	
有効期限	令和〇年3月31日まで (※ 転出した場合、本パスポートは無効です。)	
注意事項	岩手県内の広域的予防接種協力医療機関に限り有効	
備 考		

上記の者について、岩手県広域的予防接種の対象者として許可したことを証明します。
 また、上記の者について、岩手県広域的予防接種事業の協力医療機関において、協力医師が予防接種法に基づき定期予防接種を実施していただきますようお願いいたします。

令和〇年〇月〇日

●●市 (町・村) 長 ●● ●●

公印

【●●市 (町・村) 広域的予防接種料金 負担上限額一覧表】

予防接種の種類	料金	予防接種の種類	料金
DPT-IPV (四種混合)	13,200 円	Hib 感染症	9,500 円
DPT (三種混合)	8,900 円	小児の肺炎球菌感染症	13,510 円
DT (ジフテリア・破傷風)	5,180 円	HPV 感染症	18,380 円
IPV (不活化ポリオ)	11,000 円	水痘	9,900 円
麻疹・風しん混合 (MR)	11,400 円	B 型肝炎	4,990 円
麻疹	7,520 円	ロタウイルス	ロタリックス 麻疹
風しん	7,800 円	破傷風	ロタテック 風しん
日本脳炎	7,500 円	(予防のみ)	0 円
結核 (BCG)	8,100 円		

【差額が生じた場合の取扱い】

全額市町村負担

【協力医療機関へのお願い】

- ・被接種者が広域接種対象者であることを確認後、本書は必ず被接種者 (保護者等) に返却してください。
- ・協力医療機関において本書の控えが必要な場合は、協力医療機関がコピーを取ってください。

B 町の四種混合接種料金：
 13,000 円

Z 村 (住所地) の広域料
 金：

負担上限額設定なし



Z 村に全額請求する。

(対象者の窓口負担なし)

委託料の請求

- 1 市町村への委託料の請求は実施した月ごとに取りまとめ、実施翌月の15日までに対象者の住所地市町村長へ直接、請求します。
 - 2 請求書の作成にあたり、まず予診票を市町村ごとに集めます。
 - 3 次に、予防接種の種類ごとの予診票の記載内容から「岩手県広域予防接種実施報告書兼請求書」（別紙様式10）に単価、人数、金額を記入し、請求金額の総計を記入します。
 - 4 請求書には、「予診票」を添付します。
- ※1 「予診票」の保管が必要な医療機関は、それぞれでコピーをお願いします。

(別紙様式10) (第9の1 関係)
岩手県広域的予防接種実施報告書兼請求書
(A類疾病)

年 月 日

市(町・村) 名称 _____ 所在地 _____
医療機関名 _____ 代表者職・氏名 _____

年 月 月以下記のとおり貴市(町・村)民に対し広域的予防接種を実施しましたので、委託料として、表のとおり請求します。

請求金額 _____ 円

1. 内訳

予防接種の種類	単価	人数	金額	予防接種の種類	単価	人数	金額
DPT-IPV (四種混合)				結核 (BCG)			
DPT (三種混合)				Hib 感染症			
DT (ジフテリア・破傷風)				小児の肺炎球菌感染症			
IPV (不活化ポリオ)				HPV 感染症			
麻疹・風しん混合 (MR)				水痘			
麻疹				B型肝炎			
風しん				ロタウイルス感染症			
日本脳炎				ロタウイルス感染症 ワクチン			
				予診のみ			

(※実施要領に定める協力医療機関の接種料金沢、自治体市町村の定める公費負担上乗額を越えない場合は、協力医療機関の接種料金を請求してください。
ロタウイルス感染症のワクチンは、令和2年10月1日以降、対象者に接種したものに限りません。

2. 振込先

金融機関名	銀行	本・支店
☐ 口座種別	普通	当座
☐ 口座番号		その他()
☐ (フリガナ)		
☐ 口座名義人		

・「岩手県広域予防接種実施報告書兼請求書」は、宛先の市町村がどこでも原則、同一の様式です。

・A類とB類は別葉となっていますので、ご注意ください。

・実施要領の様式をコピーして使用するか、県医療政策室（又は県医師会）のホームページからダウンロードしてください。

岩手県広域的予防接種事業（協力医療機関向け情報）

<https://www.pref.iwate.jp/kurashikankyou/iryou/kenkou/yobou/1003149.html>

トップページ → くらし・環境 → 医療 → 健康 → 予防接種
→ 岩手県広域的予防接種事業（協力医療機関向け情報）



【3月分の請求についてのお願い】

3月に実施した予防接種に係る委託料については、
『実施報告書兼請求書』に記載する日付を3月31日と記載するよう
お願いします。

副反応報告について

- ・ 予防接種後副反応報告は、予防接種法第 12 条第 1 項の規定に基づき、予防接種を受けた者が一定の症状を呈していることを知った場合に、厚生労働省に報告しなければならない制度です。
- ・ 医師等が予防接種法施行規則第 5 条に規定する症状を診断した場合には、別紙様式 1 予防接種後副反応疑い報告書^{※1}に記載の上、**独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）**（FAX:0120-176-146）に送付してください（この報告は、患者に予防接種を行った医師等以外の医師等も行うことができます。）。
- ・ この報告は、別紙様式 1 若しくは国立感染症研究所のホームページ^{※2}からダウンロードできる予防接種後副反応疑い報告書入力アプリにて作成した別紙様式 2 を使用して報告します。

※1 厚生労働省ホームページからダウンロードしてください。

予防接種後副反応疑い報告制度 | 厚生労働省

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou20/hukuhannou_houkoku/index.html



※2 国立感染症研究所ホームページからダウンロードしてください。

「予防接種後副反応疑い報告書」入力アプリ | 国立感染症研究所

<https://www.niid.go.jp/niid/ja/id/249-vaccine/vaccine/6366-vaers-app.html>



検索方法 ⇒



予防接種 副反応疑い報告

検索

健康被害への対応について

- ・ 本事業による予防接種後に健康被害発生した場合は、予防接種法により、**住所地市町村長が対応すること**と規定されています。
- ・ 健康被害が発生した場合は、**被接種者の住所地市町村予防接種担当課**に相談してください。

個人情報の保護について

- ・ 事業の実施に関係する者は、個人情報の保護の重要性を認識し、個人の権利利益を侵害することのないよう、その取扱いに注意してください。

その他

- ・ 要領に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は各市町村、岩手県医師会、岩手県医療局及び必要な関係者が協議して定めるものとし、県医療政策室が調整にあたることとしています。
- ・ この事業を進める上で改善点やお気づきの点などがありましたら、上記関係者または県医療政策室までお知らせください。

(別紙様式4-1)(第7の1(2)関係)

岩手県広域的予防接種承諾書兼委任状
(A類及びB類疾病)

年 月 日

一般社団法人岩手県医師会長 殿

所在地
連絡先(電話)
(FAX)

医療機関名
代表者の職・氏名

㊞

(※自署の場合、押印省略可)

当医療機関の予防接種業務を行う医師は、岩手県広域的予防接種の業務に協力することを承諾するとともに、一般社団法人岩手県医師会長を代理人と定め、当該業務について岩手県内の市町村長と委託契約を締結する権限を委任します。

また、予防接種を実施した際の接種費用の請求及び受領は、当該市町村長と当法人(医院)との間で直接行います。

記

1 協力医療機関として実施する予防接種の種類

A類 疾病	DPT-IPV (四種混合)	DPT (三種混合)	DT (ジフテリア・破傷風)	IPV (不活化ポリオ)	麻しん風しん混合 (MR)	麻しん	風しん	日本脳炎
	結核 (BCG)	Hib 感染症	小児の肺炎 球菌感染症	HPV 感染症	水痘	B型肝炎	ロタウイルス 感染症	DPT-IPV-Hib (五種混合)
B類 疾病	高齢者の季節性 インフルエンザ		高齢者の肺炎球菌 感染症		新型コロナウイルス 感染症		高齢者の帯状疱疹	

※ 広域的予防接種として実施するものに○をつけてください。

2 協力医師の氏名

1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		10	

※ 上記に書ききることができない場合、別紙により報告すること。

3 特記事項

--

※ 医療機関の都合により広域的予防接種の実施期間を限定するなどの事情がある場合は、その内容を記載してください。

※協力医師が複数名の場合に記入

私は、「2 協力医師の氏名」に記載のある全ての医師から、岩手県広域的予防接種事業の実施に関して協力することに承諾を得ていることを証明します。

代表者の職・氏名

㊞

(※自署の場合、押印省略可)

(別紙様式4-1の2)(第7の1(2)関係)

岩手県広域的予防接種承諾書兼委任状
(A類疾病)

年 月 日

一般社団法人岩手県医師会長 殿

所在地
連絡先(電話)
(FAX)

医療機関名
代表者の職・氏名

印
(※自署の場合、押印省略可)

当医療機関の予防接種業務を行う医師は、岩手県広域的予防接種の業務に協力することを承諾するとともに、一般社団法人岩手県医師会会長を代理人と定め、当該業務について岩手県内の市町村長と委託契約を締結する権限を委任します。

また、予防接種を実施した際の接種費用の請求及び受領は、当該市町村長と当法人(医院)との間で直接行います。

記

1 協力医療機関として実施する予防接種の種類

A 類 疾 病	DPT-IPV (四種混合)	DPT (三種混合)	DT (ジフテリア・破傷風)	IPV (不活化ポリオ)	麻しん風しん混合 (MR)	麻しん	風しん	日本脳炎
	結核 (BCG)	Hib 感染症	小児の肺炎 球菌感染症	HPV 感染症	水痘	B型肝炎	ロタウイルス 感染症	DPT-IPV-Hib (五種混合)

※ 広域的予防接種として実施するものに○をつけてください。

※ 「ロタウイルス感染症」のワクチンは、令和2年10月1日から定期接種化されます。

2 協力医師の氏名

1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		10	

※ 上記に書ききることができない場合、別紙により報告すること。

3 特記事項

--

※ 医療機関の都合により広域的予防接種の実施期間を限定するなどの事情がある場合は、その内容を記載してください。

※協力医師が複数名の場合に記入

私は、「2 協力医師の氏名」に記載のある全ての医師から、岩手県広域的予防接種事業の実施に関して協力することに承諾を得ていることを証明します。

代表者の職・氏名 _____ 印

(※自署の場合、押印省略可)

(別紙様式4-1の3)(第7の1(2)関係)

岩手県広域的予防接種承諾書兼委任状
(B類疾病)

年 月 日

一般社団法人岩手県医師会長 殿

所在地
連絡先(電話)
(FAX)

医療機関名

代表者の職・氏名

㊞

(※自署の場合、押印省略可)

当医療機関の予防接種業務を行う医師は、岩手県広域的予防接種の業務に協力することを承諾するとともに、一般社団法人岩手県医師会長を代理人と定め、当該業務について岩手県内の市町村長と委託契約を締結する権限を委任します。

また、予防接種を実施した際の接種費用の請求及び受領は、当該市町村長と当法人(医院)との間で直接行います。

記

1 協力医療機関として実施する予防接種の種類

B類 疾病	高齢者の季節性 インフルエンザ	高齢者の肺炎球菌感 染症	新型コロナウイルス 感染症	高齢者の帯状疱疹

※ 広域的予防接種として実施するものに○をつけてください。

2 協力医師の氏名

1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		10	

※ 上記に書ききることができない場合、別紙により報告すること。

3 特記事項

--

※ 医療機関の都合により広域的予防接種の実施期間を限定するなどの事情がある場合は、その内容を記載してください。

※協力医師が複数名の場合に記入

私は、「2 協力医師の氏名」に記載のある全ての医師から、岩手県広域的予防接種事業の実施に関して協力することに承諾を得ていることを証明します。

代表者の職・氏名

㊞

(※自署の場合、押印省略可)

(別紙様式４－２)(第７の１(２)関係)

岩手県広域的予防接種協力医療機関等変更届

年 月 日

一般社団法人岩手県医師会長 殿

所在地
連絡先(電話)
(FAX)

医療機関名
代表者の職氏名

印

次のとおり届け出ます。

1 協力医療機関に係る変更

(医療機関の所在地、法人名、医療機関名、代表者指名、連絡先(電話)(FAX)) ※変更する項目を○で囲む。

変更前：

変更後：

2 実施する予防接種に種類に係る変更(実施する場合：○を記入 実施しない場合：空欄)

A 類 疾病	DPT-IPV (四種混合)	DPT (三種混合)	DT (ジフテリア・破傷風)	IPV (不活化ポリオ)	麻しん風しん混合 (MR)	麻しん	風しん	日本脳炎
	結核 (BCG)	Hib 感染症	小児の肺炎 球菌感染症	HPV 感染症	水痘	B 型肝炎	ロタウイルス 感染症	DPT-IPV-Hib (五種混合)
B 類 疾病	高齢者の季節性 インフルエンザ		高齢者の肺炎球菌 感染症		新型コロナウイルス 感染症		高齢者の帯状疱疹	

3 協力医師に係る変更(氏名変更・追加・削除)

変更前：

変更後：

4 特記事項に係る変更

変更前	
変更後	

※ 医療機関の都合により広域的予防接種の実施期間を限定するなどの事情がある場合は、その内容を記載してください。

(別紙様式 10) (第 9 の 1 関係)

岩手県広域的予防接種実施報告書兼請求書
(A 類疾病)

年 月 日

市 (町・村) 長 殿

所 在 地

医 療 機 関 名

代表者職・氏名

㊞

年 月 に下記のとおり貴市 (町・村) 民に対し広域的予防接種を実施しましたので、委託料として、次のとおり請求します。

請求金額 円

1 内訳

予防接種の種類	単価	人数	金額	予防接種の種類	単価	人数	金額
DPT-IPV (四種混合)				Hib 感染症			
DPT (三種混合)				小児の肺炎 球菌感染症			
DT (ジフテリア・破傷風)				HPV 感染症			
IPV (不活化ポリオ)				水痘			
麻しん 風しん混合 (MR)				B 型肝炎			
麻しん				ロ タ ウ イ ル ス 感 染 症	ロ タ リ ッ ク ス		
風しん					ロ タ テ ッ ク		
日本脳炎				DPT-IPV-Hib (五種混合)			
結核 (BCG)				予診のみ			

※実施要領に定める協力医療機関の接種料金が、住所地市町村の定める公費負担上限額を超えない場合は、協力医療機関の接種料金を請求してください。

2 振込先

金 融 機 関 名	銀行	本・支店
口 座 種 別	普通 当座 その他 ()	
口 座 番 号		
(フリガナ)		
口 座 名 義 人		

「岩手県広域的予防接種」受付チェックシート (子ども)

＜最初に次の3点について確認＞

☐ 広域接種番号の確認

市町村コード			年度			年度の通し番号		

☐ パスポート発行市町村は現在住民票のある市町村と同じであるか確認

☐ パスポートは今年度のものか確認



V4.00

OK の場合

NG の場合

受付できません。
詳細は住民票がある市町村に
お問い合わせください。

＜受付の実施＞

☐ 住所、氏名（保護者と被接種者）、生年月日（被接種者）、連絡先

☐ 受診日時は？ 年 月 日（曜日） 時 分

☐ 予防接種の種類は？ の 期

☐ 持参するものは 予診票、母子健康手帳、広域接種パスポート の3種です。

☐ 当院での接種料金は 円です。

☐ 公費助成金額を上回っている場合、差額は窓口でお支払いいただきます。

☐ 予診票の右上（余白）に9桁の「広域接種番号」の記入をお願いします。

（お子様の体調維持に留意してください。）

【参考：市町村コード一覧※】市町村コード一覧



岩手県
広域接種
予診票
標準様式

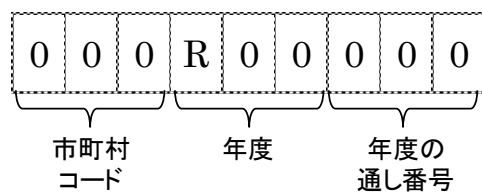
コード	市	コード	市	コード	町	コード	町	コード	村
201	盛岡市	210	陸前高田市	301	雫石町	441	住田町	484	田野畑村
202	宮古市	211	釜石市	302	葛巻町	461	大槌町	485	普代村
203	大船渡市	213	二戸市	303	岩手町	482	山田町	503	野田村
205	花巻市	214	八幡平市	321	紫波町	483	岩泉町	506	九戸村
206	北上市	215	奥州市	322	矢巾町	501	軽米町		
207	久慈市	216	滝沢市	366	西和賀町	507	洋野町		
208	遠野市			381	金ケ崎町	524	一戸町		
209	一関市			402	平泉町				

※ 総務省が定める全国地方公共団体コードのうち市町村コードの部分を準用します。

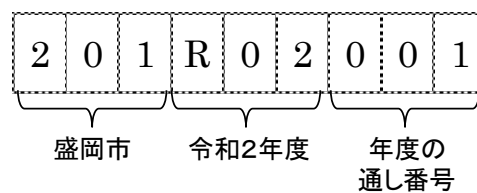
(参考) 広域接種番号の付番方法

広域接種番号は、全9桁です。

市町村ごとに付番します。なお、付番のルールは以下のとおりです。



例:



(参考)

【岩手県ホームページ】

○ 定期予防接種の基本情報

<https://www.pref.iwate.jp/kurashikankyou/iryou/kenkou/yobou/1003145.html>

トップページ → くらし・環境 → 医療 → 健康 → 予防接種
→ 定期予防接種の基本情報



○ 協力医療機関の皆さまへ

岩手県広域的予防接種事業（協力医療機関向け情報）

<https://www.pref.iwate.jp/kurashikankyou/iryou/kenkou/yobou/1003149.html>

トップページ → くらし・環境 → 医療 → 健康 → 予防接種
→ 岩手県広域的予防接種事業（協力医療機関向け情報）



○ 県民の皆さまへ

子どもの定期予防接種「岩手県広域接種パスポート」のお知らせ

<https://www.pref.iwate.jp/kurashikankyou/iryou/kenkou/yobou/1003146.html>

トップページ → くらし・環境 → 医療 → 健康 → 予防接種
→ 子育て応援！「岩手県広域接種パスポート」の
お知らせ



【一般社団法人岩手県医師会ホームページ】

<https://www.iwate.med.or.jp/kenmin/yoboulist>

トップページ → 一般の方向け → 岩手県広域的予防接種協力医療機関

【厚生労働省、国立感染症研究所ホームページ】

○ 厚生労働省「予防接種情報」

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/yobou-sesshu/index.html

○ 国立健康危機管理研究機構「予防接種情報」

<https://id-info.jihs.go.jp/relevant/vaccine/index.html>

(※各 URL は令和 7 年 4 月現在)

各市町村予防接種担当課一覧（子ども）

No	市町村名	市町村 コード	担当課	電話番号 (内線)	FAX	郵便 番号	住所
01	盛岡市	201	盛岡市保健所 指導予防課 予防接種担当	019- 603-8307 (直通)	019- 654-5665	〒 020- 0884	盛岡市神明町 3-29
02	八幡平市	214	健康こども課 健康推進係 (予防接種担当)	0195- 74-2111 (代表)	0195- 74-2102	〒 028- 7397	八幡平市野駄 21-170
03	雫石町	301	健康推進課 健康推進係	019- 692-2227 (直通)	019- 692-0308	〒 020- 0542	雫石町万田渡 74-1
04	葛巻町	302	健康福祉課 健康分野	0195- 65-8991 (直通)	0195- 67-1060	〒 028- 5495	葛巻町葛巻 16-1-1
05	岩手町	303	健康福祉課 子育て支援係	0195- 62-2111 (内線 566)	0195- 62-1319	〒 028- 4395	岩手町大字五日市 10-44
06	滝沢市	216	こども家庭センター	019- 656-6526	019- 684-2245	〒 020- 0692	滝沢市中鶴飼 55 番地
07	紫波町	321	健康福祉課 健康係	019- 672-2111 (代表)	019- 672-2311 (代表)	〒 028- 3392	紫波町紫波中央駅前二丁目 3 番地 1
08	矢巾町	322	健康長寿課 健康づくり推進係	019- 611-2832 (直通)	019- 698-1214	〒 028- 3615	矢巾町大字南矢幅第 14 地割 78 番地 矢巾町保健福祉交流センター内
09	花巻市	205	健康づくり課 予防推進係	0198- 41-3608 (直通)	0198- 23-3122	〒 025- 0055	花巻市南万丁目 970-5
10	遠野市	208	保健医療課	0198- 68-3186 (直通)	0198- 62-1599	〒 028- 0541	遠野市松崎町白岩字薬研淵 4-1
11	北上市	206	健康づくり課 健康係	0197- 72-8295 (直通)	0197- 65-3834	〒 024- 0092	北上市新穀町一丁目 4-1
12	西和賀町	366	健康福祉課	0197- 85-3411 (直通)	0197- 85-2119	〒 029- 5692	西和賀町沢内字太田 2-81-1
13	奥州市	215	健康増進課 予防接種係	0197- 34-2905 (直通)	0197- 51-2373	〒 023- 8501	奥州市水沢大手町一丁目1番 地
14	金ケ崎町	381	子育て支援課 母子保健係	0197- 44-4611	0197- 47-3413	〒 029- 4503	金ケ崎町西根鐘水 53 番地
15	一関市	209	こども家庭課 おやこ健康係	0191- 21-5409	0191- 21-4656	〒 021- 0026	一関市山目字前田 13-1
16	平泉町	402	子育て支援課	0191- 34-5548 (直通)	0191- 46-2900	〒 029- 4102	平泉町平泉字志羅山 45 番地 2

No	市町村名	市町村 コード	担当課	電話番号 (内線)	FAX	郵便 番号	住所
17	大船渡市	203	こども家庭センター	0192- 47-5200 (直通)	0192- 47-5204	〒 022- 0003	大船渡市盛町字町 10-11 サン・リアショッピングセンター2階
18	陸前高田市	210	保健課 母子保健係	0192- 54-2111 (代表)	0192- 55-6118	〒 029- 2292	陸前高田市高田町下和野 100
19	住田町	441	保健福祉課 健康推進係	0192- 46-3862 (直通)	0192- 46-2489	〒 029- 2396	住田町世田米字川向 88-1
20	釜石市	211	健康推進課 保健予防係	0193- 22-0179 (直通)	0193- 22-6375	〒 026- 0025	釜石市大渡町 3-15-26
21	大槌町	41	健康福祉課 子育て健康推進係	0193- 42-8715	0193- 42-4314	〒 028- 1192	大槌町上町 1-3
22	宮古市	202	健康課 地域保健医療係	0193- 64-0111 (直通)	0193- 64-5464	〒 027- 8501	宮古市宮町一丁目 1 番 30 号
23	山田町	482	健康子ども課 子ども家庭支援係	0193- 82-3111 (内線 604)	0193- 82-4989	〒 028- 1392	山田町八幡町3-20
24	岩泉町	483	健康推進課 健康推進室	0194- 22-2111	0194- 22-3562	〒 027- 0595	岩泉町岩泉字惣畑 59-5
25	田野畑村	484	健康福祉課	0194- 33-3102	0194- 33-3171	〒 028- 8407	田野畑村田野畑 120 番地 3
26	久慈市	207	保健推進課	0194- 61-3315	0194- 52-3197	〒 028- 0014	久慈市旭町 8-100-1
27	普代村	485	保健センター	0194- 35-2211 (直通)	0194- 36-1040	〒 028- 8392	普代村 9-13-2
28	洋野町	507	健康増進課 (種市保健センター)	0194- 65-3950 (直通)	0194- 65-3968	〒 028- 7914	洋野町種市 22-1-1
29	野田村	503	保健福祉課保健班 (野田村保健センター)	0194- 75-4321 (直通)	0194- 78-3301	〒 028- 8201	野田村大字野田 17-107
30	二戸市	213	国保予防課 予防接種担当	0195- 23-1316	0195- 22-1188	〒 028- 6198	二戸市福岡字八幡下 11 番地 1
31	軽米町	501	健康福祉課 健康づくり担当	0195- 46-4111	0195- 46-2677	〒 028- 6302	軽米町大字軽米 2-54-5 健康ふれあいセンター内
32	九戸村	506	保健福祉課 保健衛生係	0195- 42-2112 (直通)	0195- 41-1144	〒 028- 6502	九戸村大字伊保内 10-11-6
33	一戸町	524	健康こども課 保健班	0195- 32-3700	0195- 32-3701	〒 028- 5312	一戸町一戸字砂森 93-2

(令和 7 年 4 月 1 日現在)

子どもを対象とした
岩手県広域的予防接種協力医療機関の手引
V5.00

(令和 7 年 4 月作成)

岩手県保健福祉部医療政策室
一般社団法人岩手県医師会

(問) TEL 019-629-5417 FAX 019-626-0837 (県庁)

