

健康管理システム等標準化検討会
ベンダ分科会（第4回）書面開催
令和6年2月28日 【別紙4】

（別紙4）帳票レイアウト

帳票レイアウト一覧

		黒文字…実装必須帳票	青文字…標準オプション帳票			頁番号
健康管理		帳票タイトル				
健康管理	大項目					
	1. 健康管理共通	└	01. 宛名シール	...		1
		└	02. 窓空き宛名			
	2. 【成人保健】対象者管理	└	該当帳票無し			
	3. 【成人保健】検診情報管理	└	該当帳票無し			
	4. 【成人保健】精密検査情報管理	└	該当帳票無し			
	5. 【成人保健】訪問・相談・教育	└	該当帳票無し			
	6. 【母子保健】妊産婦管理	└	該当帳票無し			
	7. 【母子保健】乳幼児管理	└	該当帳票無し			
	8. 【母子保健】教育・相談・訪問・フォロー	└	該当帳票無し			
	9. 【母子保健】養育医療管理	└	01. 養育医療給付台帳	...		3
		└	02. 養育医療券(病院・診療所用)			
		└	03. 養育医療券(薬局用)			
	10. 【予防接種】対象者管理	└	02. 新型コロナワクチンの接種券(接種券(兼)接種済証(初回接種))	...		6
		└	03. 新型コロナワクチンの接種券(接種券(兼)接種済証(追加接種))			
		└	04. 新型コロナワクチンの予診票			
		└	05. 風しん追加的対策クーポン券			
		└	06. 新型コロナワクチンの接種済証(接種券一体型予診票(初回接種))			
		└	07. 新型コロナワクチンの接種済証(接種券一体型予診票(追加接種))			
	11. 【予防接種】接種情報管理	└	01. 予防接種済証(定期)	...		12
		└	02. 予防接種済証(臨時)			
	12. 【統計・報告】	└	該当帳票無し			

健康管理システム

帳票レイアウト【改定履歴】

版数	改定日	主な改定理由	帳票ID	帳票名称	改定区分 (追加／削除／変更)
第1.1版	令和5年3月31日	第1.1版公開	—	—	—

※本レイアウトはあくまでサンプルであり、
宛名シールのレイアウトを規定するものではない

[illegible]

999-9999

●●県●●市●●1-2-3

あいうえおかきくけこ

■■ 太郎 様

保護者 様

|||||

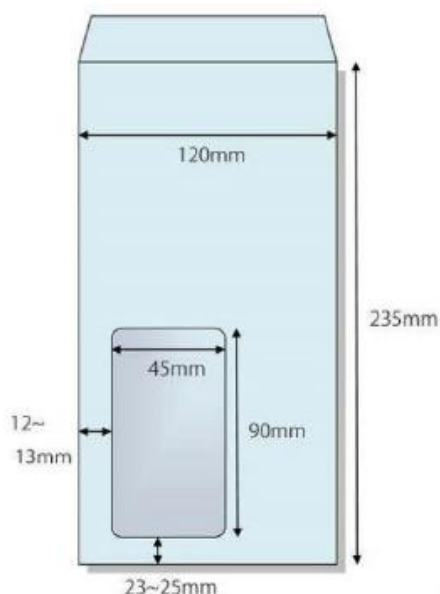
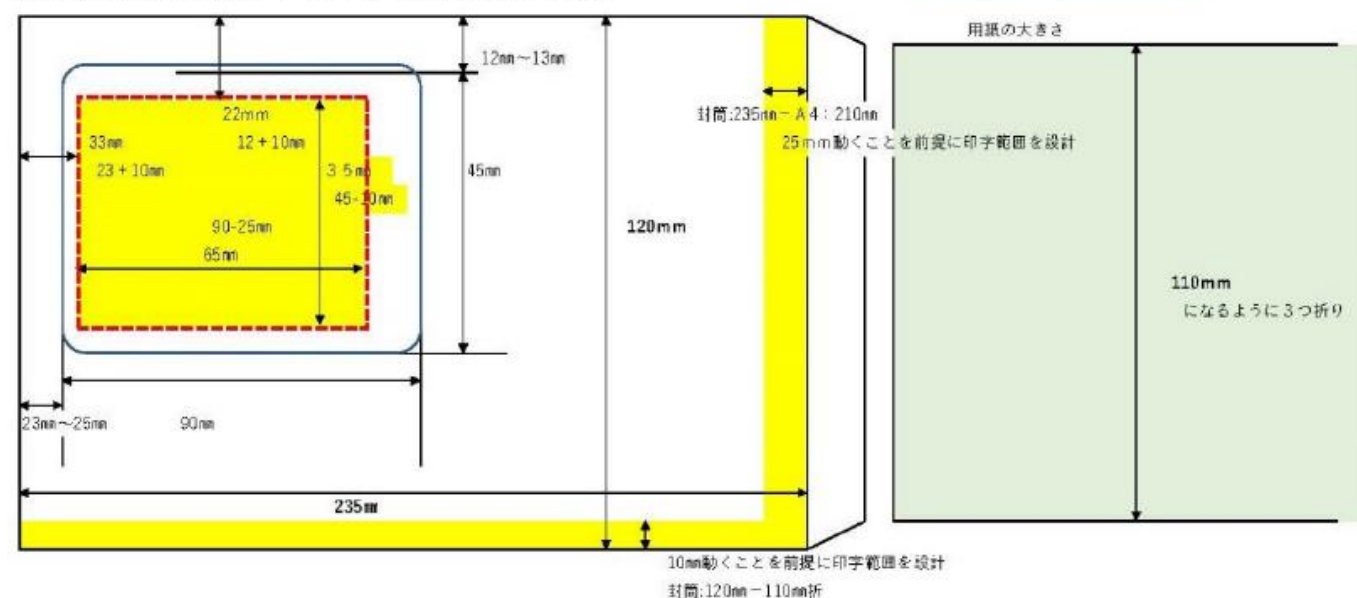
1

(参考) 宛名部分に対応した封筒レイアウトを以下に示す。

封筒レイアウト

■内容物のズレを意識して設計 パーコードは 窓枠から最低2mmは必要

長型3号(120×235) 定型
A4横三つ折り



【窓あき封筒】

- ・封筒として長6封筒を推奨、長3封筒も利用可能
- ・窓あき封筒対応(45mm×90mm)用紙左から23~25mm、上から12~13mm
- ・内容物のズレを意識して設計→パーコードは窓枠から最低2mmは必要

【三つ折り線】

- 様式等に三つ折り線を記す場合は、以下を基準とする。
- ・左位置:10mm
 - ・長6封筒の場合、上位置:99mm、198mmを基準とする
 - ・長3封筒の場合、上位置:110mm、220mmを基準とする
- ※いずれの場合も三つ折り線の位置は基準を参考とすればよく厳密な位置の一致は求めない

養 育 医 療 給 付 台 帳

コ ー ド 番 号		制度別 番 号	都道府 県番号	実施機関 番 号	※	受給者番号			※	保険者番号			医療機関番号				
受療者	氏 名					申請者	氏 名			受療者との続柄		所得階層 区分	(円)				
	生年月日						生年月日										
	住 所						住 所										
	出生児体重						連 絡 先										
医 療 券 交 付 年 月 日 等	医療券交付 年月日					保険 種別	保険区分				指定養育 医療機関						
	医 療 券 有効期間						保険者の 名 称										
	診 療 予定期間						保 険 者 番 号										
							被保険者等 記号・番号										
請 求 月	診 療 月	診療 実日数	総医療費①	医療保険 負担額②	公費負担額 ①－②＝③	移送費等	自己負担額	レセプト区分	備 考								
計																	

(注) コード番号欄の※は、検証番号

様式第一号（一）（第九条関係）

養育医療券（病院・診療所用）									
公費負担者番号									交付年月日
公費負担医療の 受給者番号									年月日
被保険者証等の 記号及び番号				保険者等の名称					
受療者	氏名								
	生年月日			年 月 日			男 ・ 女		
申請者	氏名								
	生年月日			年 月 日			受療者との 続柄		
	住所								
指定養育医療機関 （病院・診療所）	名称								
この券の有効期間	年 月 日から 令和 年 月 日まで								
上記のとおり決定する。 年 月 日 市町村長 氏 名 ㊞									

（日本産業規格A列5番）

様式第一号（二）（第九条関係）

養育医療券（薬局用）												
公 費 負 担 者 番 号										交 付 年 月 日		
公 費 負 担 医 療 の 受 給 者 番 号										年 月 日		
被 保 険 者 証 等 の 記 号 及 び 番 号					保険者等の名称							
受 療 者		氏 名										
		生 年 月 日			年 月 日			男 ・ 女				
申 請 者		氏 名										
		生 年 月 日			年 月 日			受療者との 続柄				
		住 所										
指 定 養 育 医 療 機 関	薬 局	名 称										
	病 院 ・ 診 療 所	名 称										
こ の 券 の 有 効 期 間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで										
上記のとおり決定する。 年 月 日 市町村長 氏 名 ㊞												

（日本産業規格A列5番）

窓空宛名

接種券				診察したが接種できない場合				新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時接種) Certificate of Vaccination for COVID-19	
券 種	2	(☐ 予診のみ)	1	回目	券 種	1	(☒ 予診のみ)	1	回目
請 求 先	〇〇県〇〇市		123456		請 求 先	〇〇県〇〇市		123456	
券 番 号	1234567890				券 番 号	1234567890			
氏 名	厚生 ●●●●●●●● 太郎				氏 名	厚生 ●●●●●●●● 太郎			
 211234561234567890				 111234561234567890				1回目 接種年月日 年 月 日 メーカー／Lot No. (シール貼付け)	
券 種	2	(☐ 予診のみ)	2	回目	券 種	1	(☒ 予診のみ)	2	回目
請 求 先	〇〇県〇〇市		123456		請 求 先	〇〇県〇〇市		123456	
券 番 号	1234567890				券 番 号	1234567890			
氏 名	厚生 ●●●●●●●● 太郎				氏 名	厚生 ●●●●●●●● 太郎			
 221234561234567890				 121234561234567890				2回目 接種年月日 年 月 日 メーカー／Lot No. (シール貼付け)	
								氏 名	
								住 所	
								生年月日	
								〇〇県〇〇市長	

窓空宛名

接種券				診察したが接種できない場合				新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時接種) Certificate of Vaccination for COVID-19	
券 種	2	(☐ 予診のみ)	3	回 目	券 種	2	(☒ 予診のみ)	3	回 目
請 求 先	〇〇県〇〇市		123456		請 求 先	〇〇県〇〇市		123456	
券 番 号	1234567890				券 番 号	1234567890			
氏 名	厚生 ●●●●●●●● 太郎				氏 名	厚生 ●●●●●●●● 太郎			
 231234561234567890					 131234561234567890				
					3回目 接種年月日 年 月 日				
					メーカー／Lot No. (シール貼付け)				
					氏 名 住 所 生年月日				
					〇〇県〇〇市長				

新型コロナワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 府 県 町 村			券 種 2 (口予診のみ) 1 画 目	請 求 先 ○○県○○市 123456	
				券 番 号 1234567890		
				氏 名 厚生●●●●●●●● 太郎		
フリガナ	()			21123456134567890		
氏 名						
生年月日 (西暦)	□□□□年□□月□□日生 (満□□□歳)			□男・□女		診察前の体温 □□度 □分

質問	回答欄		医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種回数 (回) 前回の接種日 (年 月 日) 前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類 ()	☐ はい	☐ いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか	☐ はい	☐ いいえ	
『新型コロナワクチンの説明書』を読んで、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、何らかの病気にかかって、治療（投薬など）を受けていますか。 病 名：□心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □血液疾患 □血が止まりにくい病気 □免疫不全 □毛細血管漏出症候群 □その他 () 治療内容：□血をサラサラにする薬 () □その他 ()	☐ 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 ()	☐ はい	☐ いいえ	
今日、体に具合が悪いところはありますか。 症状 ()	☐ はい	☐ いいえ	
けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。	☐ はい	☐ いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状（アナフィラキシーなど）を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの ()	☐ 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。 種類 () 症状 ()	☐ はい	☐ いいえ	
現在妊娠している可能性（生理が予定より遅れているなど）はありますか。または、授乳中ですか。	☐ はい	☐ いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。種類 () 受けた日 ()	☐ 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	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は (□可能・□見合わせる)	医師署名又は記名押印
	本人に対して、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。	

医療機関 記入欄	○時間外(受付時間 :) ○休日 ○小児 (6歳未満) ○予備① ○予備②
※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。	

新型コロナワクチン接種希望書

医師の診察・説明を受け、種類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。(□接種を希望します・□接種を希望しません)	
この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。 このことを理解した上、本予診票が市町村、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 被接種者又は保護者自署 (※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載) (※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

医 師 記 入 欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日 ※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
	※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (※有効期限が切れていないか確認)	□.□□ ml	実施場所 医師名 医療機関等コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 年 月 日

窓空宛名

抗体検査	券 種	抗体検査券	1	券 種	抗体検査券	1	券 種	抗体検査券	1
	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456
	発券No.	0123456789	有効期限 2020 年 03 月	発券No.	0123456789	有効期限 2020 年 03 月	発券No.	0123456789	有効期限 2020 年 03 月
	(氏名)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十  12345678901234567 (国保連提出用)			(氏名)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十  12345678901234567 (医療機関控え)			(氏名)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十  12345678901234567 (ご本人控え)		
予防接種予診のみ	券 種	予防接種予診券(予診のみ)	2	券 種	予防接種予診券(予診のみ)	2	券 種	予防接種予診券(予診のみ)	2
	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456
	予診費用	(税抜) 9,999 円(自己負担分を除く)		予診費用	(税抜) 9,999 円(自己負担分を除く)		予診費用	(税抜) 9,999 円(自己負担分を除く)	
	自己負担額	(税抜) 0 円		自己負担額	(税抜) 0 円		自己負担額	(税抜) 0 円	
予防接種	発券No.	0123456789	有効期限 2020 年 03 月	発券No.	0123456789	有効期限 2020 年 03 月	発券No.	0123456789	有効期限 2020 年 03 月
	(氏名)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十  1234567890123456799999 (国保連提出用)			(氏名)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十  1234567890123456799999 (医療機関控え)			(氏名)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十  1234567890123456799999 (ご本人控え)		
	券 種	予防接種券	3	券 種	予防接種券	3	券 種	予防接種券 (兼 予防接種済証)	3
	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456
予防接種	接種費用	(税抜) 9,999 円(自己負担分を除く)		接種費用	(税抜) 9,999 円(自己負担分を除く)		接種費用	(税抜) 9,999 円(自己負担分を除く)	
	自己負担額	(税抜) 0 円		自己負担額	(税抜) 0 円		自己負担額	(税抜) 0 円	
	発券No.	0123456789	有効期限 2020 年 03 月	発券No.	0123456789	有効期限 2020 年 03 月	発券No.	0123456789	有効期限 2020 年 03 月
	(氏名)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十  1234567890123456799999 (国保連提出用)			(氏名)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十  1234567890123456799999 (医療機関控え)			(氏名)一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十  1234567890123456799999 (ご本人控え) 〇〇県〇〇市長 〇〇〇〇〇		

窓空宛名

新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時接種)

Certificate of Vaccination for COVID-19

あなたの接種券番号:

1回目	メーカー／Lot No. (シール貼付け)	2回目	メーカー／Lot No. (シール貼付け)
接種年月日		接種年月日	
年 月 日		年 月 日	

氏 名	
住 所	
生年月日	

〇〇県〇〇市長

窓空宛名

新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時接種)

Certificate of Vaccination for COVID-19

あなたの接種券番号:

4回目	メーカー／Lot No. (シール貼付け)	氏 名	
接種年月日		住 所	
年		生年月日	
月 日			

〇〇県〇〇市長

No. _____

_____ 予防接種済証(第 期)(定期)

住 所

氏 名

年 月 日生

回数	ワクチンの種類	予防接種を行った年月日	メーカー/ロット	備考
第 回		年 月 日		
第 回		年 月 日		
第 回		年 月 日		
第 回		年 月 日		

年 月 日

都道府県

市区町村長氏名

印

No. _____

_____ 予防接種済証(第 期)(臨時)

住 所

氏 名

年 月 日生

回数	ワクチンの種類	予防接種を行った年月日	メーカー/ロット	備考
第 回		年 月 日		
第 回		年 月 日		
第 回		年 月 日		
第 回		年 月 日		

年 月 日

都道府県

知事又は市区町村長氏名

印