

令和6年度

鹿児島市高齢者の予防接種 実施上の留意事項

- 成人用肺炎球菌予防接種の費用助成の経過措置は令和5年度で終了となっております。
対象者：①接種時に65歳の人、②接種時に60歳以上65歳未満の内部障害1級相当の人
詳しくは1Pをご確認ください。
- 令和6年度より新型コロナウイルス感染症の定期予防接種が開始されます（秋冬）。
留意事項については詳細が決まり次第、別途送付いたします。

【目次】	ページ
1 概要	1
2 自己負担額	1
3 実施手順	
(1) 対象者の確認	2
(2) 自己負担の有無の確認	
生活保護受給者	
①生活保護受給証、生活保護法医療券	2
②自立支援医療受給者証	2
市民税非課税世帯	
①介護保険料納入通知書（決定通知）等	3
②後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証	3
③市民税非課税証明書	4
(3) 予診票の記入、医師の予診・説明	4
(4) 予診票へ署名等	5
(5) 接種	5
(6) 接種済証	5
(7) 予診票の保管	5
4 予防接種による間違い	5
5 副反応疑い報告	6
6 予防接種健康被害救済制度	6
7 令和6年度委託料単価（消費税相当額を含む）	6
8 委託料の請求及び支払い方法	7
9 鹿児島県相互乗り入れ制度	7
（参考）成人用肺炎球菌・インフルエンザ予診票チェック事項	8

【お問い合わせ先】 鹿児島市 感染症対策課
〒892-8677 鹿児島市山下町1 1 番1号
TEL(直通)：099-803-7023 FAX(代表)：099-803-7026

1 概要

(1) インフルエンザ 助成期間：令和6年10月1日～令和7年3月31日

ワクチン	対象者(鹿児島市に住民登録のある者)	予診票	回数	接種量	方法
インフルエンザ	① 接種時に65歳以上の人 ② 接種時に60歳以上65歳未満で、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する人及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する人(内部障害1級相当)	医療機関に送付(9月末)	1回	0.5ml	皮下

(2) 成人用肺炎球菌 助成期間：令和6年4月1日～令和7年3月31日

ワクチン	対象者(鹿児島市に住民登録のある者)	予診票	回数	接種量	方法
23価肺炎球菌(ニューモバックス)	過去に23価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス)の接種を受けたことがない人で ① 接種時に65歳の人 ② 接種時に60歳以上65歳未満で、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する人及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する人(内部障害1級相当)	①は個別送付 ②はFAXで医療機関に送付 ※5年度の予診票も65歳の間は使用可	1回	0.5ml	筋肉又は皮下

※過去に23価肺炎球菌ワクチンの接種をした市民は対象となりません。

以前、任意で接種をした方で、接種したワクチンが13価肺炎球菌ワクチン(プレベナー)であれば、今回の定期接種の対象となります。

肺炎球菌は、接種日時点で65歳、インフルエンザは、65歳以上でないと対象者にならないため必ず年齢確認をお願いします。(年度末の年齢ではありません)

(3) 新型コロナウイルス感染症

令和6年度より、新型コロナウイルス感染症が特例臨時接種から定期接種へ変わります。留意事項については詳細が決まり次第、別途送付いたします。

2 自己負担額

予防接種名	自己負担額	助成期間
インフルエンザ	1,500円	令和6年10月1日～令和7年3月31日
成人用肺炎球菌	3,000円	令和6年4月1日～令和7年3月31日

医療機関で自己負担額を必ず徴収してください。

ただし、生活保護受給者と市民税非課税世帯の者からは徴収しないでください。

(確認方法については、次ページ「(2) 自己負担の有無の確認」参照)

誤って徴収した場合、鹿児島市から本人に返金することはできませんので、ご注意ください。

市民税非課税世帯の確認書類（世帯全員が非課税のみ。その証明は下記のものになります。）

① 介護保険料納入通知書（決定通知）、介護保険料納入通知書（変更通知）

6月に最新（令和6年度）の通知書が介護保険課から届きますので、4月～6月は令和5年度分でも可としますが、7月以降は令和6年度分であることを確認してください。

【介護保険料納入通知書（決定通知） 又は 介護保険料納入通知書（変更通知）】

予診票には「通知書番号」を記入

所得段階区分が
第1段階、第2段階、第3段階の方のみ

② 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証

マイナンバーカードを利用してオンラインで確認した場合は、予診票の「オンライン資格確認」に○

有効期限切れていると×

予診票には【有効期限】を記入

適用区分が
「区分Ⅰ」、「区分Ⅱ」のみ

国民健康保険の『医療限度額適用・標準負担額減額認定証』は、市民税非課税世帯の証明になりません。

- ③ **世帯員全員の市民税非課税証明書**・・・高齢者のインフルエンザと肺炎球菌予防接種希望者は本庁資産税課及び各支所税務課にて**手数料無料**で発行できます。

夫婦など同一世帯だと推測される方の場合も、接種者本人の証明書が1枚ずつ必要です。

令和 年度 (年分) 市民税・県民税 非課税証明書 【市保健事業用】

賦課期日住所
賦課期日氏名
生年月日

所得等の内訳	所得金額(円)	所得等の内訳	所得金額(円)	所得控除の内訳	所得控除額(円)	扶養・本人区分等	
給与収入 ()				雑 医 療 費		同一生計配偶者	****
公的年金等収入 ()				社 会 保 険 料			(内同居)
以下余白				小 規 模 企 業		扶 養	老 人
				生 命 保 険 料			特 定
				地 震 保 険 料			そ の 他
				寄 附 金			16歳未満
				本 人 控 除			** 人
				配 偶 者 特 別 控 除			** 人
				扶 養 控 除			** 人
				基 礎 控 除			** 人
				所 得 控 除 額			** 人
		総 所 得 金 額		課 税 基 準 額			** 人
		合 計 所 得 金 額					** 人

市民税 (円) 均等割 所得割 県民税 所得割

(注意) 所得割及び年税額の () 欄は、前年の金額です。

市税証 第 22096973 号 上記のとおり相違ないことを証明します。

予診票には**[市税証番号]**を記入

証明書発行日が、
令和6年4月1日～
令和7年3月31日であることを要確認

市税証明専用
長島鹿児
印市児

(3) 予診票の記入、医師の予診・説明

- ① 2枚複写(鹿児島市提出用と医療機関控用)になっています。
被接種者に必要事項を記入してもらい、内容を確認してください。

【肺炎球菌について】

予診票 1 枚目(鹿児島市提出用)右上の「予防接種シール貼付欄」に 8 桁の数字を記したシールが貼付してあるかを確認してください。シールがない場合等は感染症対策課までご連絡ください。番号を伝えるので、記入をお願いします。

また、23 価肺炎球菌ワクチンを過去に接種をしたことのある人は対象となりませんので、被接種者に対しては、前回接種日の確認をしてください。過去に接種をしていたが、確認が不足していたため、重ねて接種をするという事例が見受けられました。その場合、定期予防接種として認められず、接種代金の請求はできませんので、注意してください。

なお、5年以上経過していれば、**全額自費での再接種(任意接種)**は可能です。

定期接種対象者が予診票を紛失もしくは忘れた、または 60 歳以上 65 歳未満の対象者が接種に来た際には、感染症対策課にご連絡ください。予診票を FAX します。

- ② 予診は予診票を用いて行い、問診事項については十分に把握し、予診票の医師記入欄には追加問診によって知り得た必要事項を記入してください。また、被接種者の接種前診察(視診及び聴診)は全員に実施し、健康状態を調べ、接種の可否を決定してください。
- ③ ワクチンの効果、副反応、健康被害救済制度等について被接種者に十分説明し、被接種者が理解し接種に同意していることを確認してください。

(4) 予診票へ署名等

- ① 医師は、予診票の医師記入欄の（実施できる・見合わせた方がよい）のいずれかに○をし、氏名を記載してください。（署名または記名押印）
- ② 対象者に予診票の「接種希望書・同意書」の（希望します・希望しません）のいずれかに○をしてもらい、署名させてください。自署ができない者に対しては、代筆者に氏名及び続柄を記入させてください。対象者の意思確認が困難な場合、家族又はかかりつけ医の協力により本人の意思確認をしてください。対象者の意思が最終的に確認できなかった場合は、任意接種となり、費用は全額自己負担となります。
- ③ 接種を受けるかどうかの最終的な判断は、被接種者の責任で行うものです。接種後、インフルエンザ及び肺炎に罹患したり、あるいは罹患したことにより重症化、死亡したりした場合でも、本市及び接種医には、その責任がない旨を事前に説明しておいてください。

(5) 接種

- ① 予防接種関係法令、ワクチンの添付文書等に従って接種してください。
 - ・ 関係法令等：予防接種法、予防接種法施行令、予防接種施行規則、予防接種実施規則、定期的予防接種実施要領
 - ・ 冊子：予防接種ガイドライン、予防接種における間違いを防ぐために等
 - ・ ホームページ：厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/>)
公益財団法人予防接種リサーチセンター (<http://www.yoboseshu-rc.com/>)
- ② 接種後は、予診票下の実施場所・医師名・接種年月日・使用ワクチン名及び接種量を記入してください。接種年月日は楷書体で明瞭にお願いします。特にゴム印を使用される際は、不明瞭にならないようにしてください。

(6) 接種済証

予防接種お知らせの下部が『接種済証』になっています。
接種後に必要事項を記入し、必ず被接種者に発行してください。

(7) 予診票の保管

予診票は5年間保管しておいてください。

4 予防接種による間違い

予防接種の実施にあたっては、接種対象年齢等の確認を徹底し、接種間違いの発生防止に努めていただきますようお願いいたします。なお、接種間違い分については、鹿児島市から委託料の支払いはできませんのでご注意ください。

予防接種による間違いが発生した場合の対応

- ① 被接種者の健康状態を確認し、必要に応じ、適切な処置を行う。
- ② 感染症対策課に電話で接種間違いの連絡を行う。
- ③ 「（公財）予防接種リサーチセンター」（TEL：03-6206-2121）に、今後の接種について確認する（再接種が必要か、今後の接種スケジュール等）。
- ④ 「予防接種による間違い発生報告書」に必要事項を記載し、予診票と合わせてFAXにて感染症対策課へ提出する。

5 副反応疑い報告

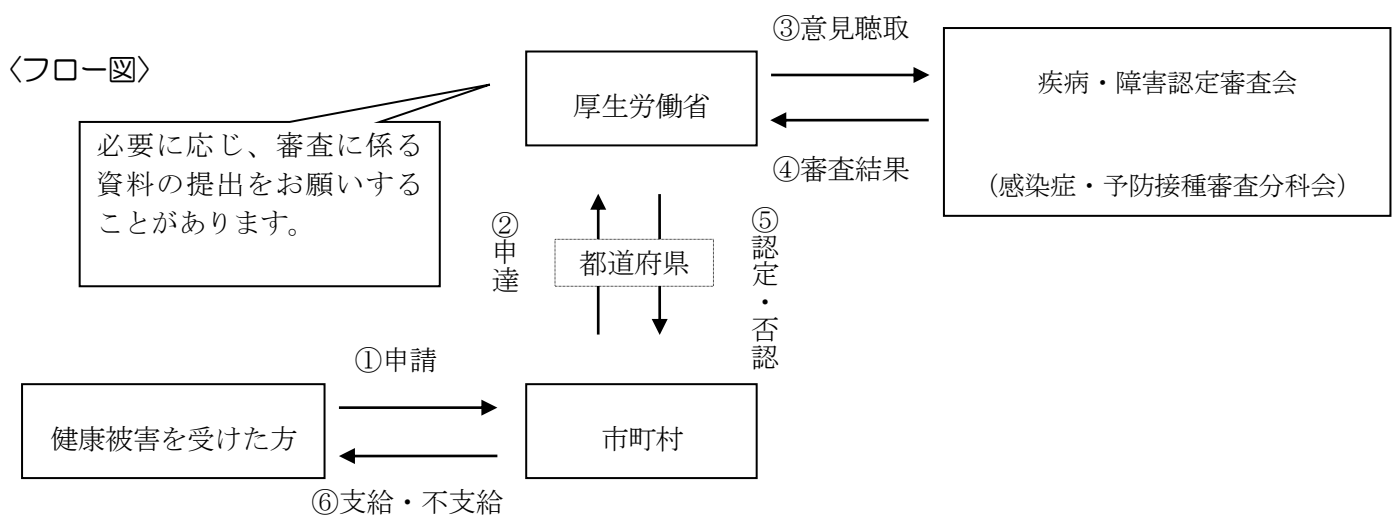
予防接種後に生じた副反応を診断した医師は、速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ報告することが義務付けられています（本人の同意は不要です）。定期接種だけではなく、任意接種も同じ様式で報告できます。

この報告は「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」の規定による報告としても取り扱うこととするため、改めて報告することは不要となります。

医薬品医療機器総合機構への報告専用FAX番号：0120-176-146

6 予防接種健康被害救済制度

定期の予防接種により重篤な健康被害が発生し、厚生労働大臣が認定したときには、予防接種法の規定により、発生した健康被害の救済が行われることになっています。本市から県を経由して、厚生労働省へ認定手続きをすることになりますので、市民の方から相談された際は、感染症対策課へご連絡ください。



7 令和6年度委託料単価（消費税相当額を含む）

予 防 接 種 名	自己負担有	自己負担無	接種不可者
インフルエンザ	3,725円	5,225円	3,168円
成人用肺炎球菌	5,785円	8,785円	

《接種不可対象となる例》 ※診療行為を行った場合は除きます。

- ① 明らかに発熱(37.5℃以上)しているもの
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかなもの
- ③ 接種液の成分でアナフィラキシーを起こしたことがあるもの

該当者がいた場合は、添付書類の「予防接種不可者受診券」を使用して請求してください。

——線（太線）内は本人又は代筆者に記入してもらってください。

＝＝線（二重線）内は貴院にて記入してください。

8 委託料の請求及び支払い方法

	市医師会会員の医療機関	市医師会会員でない医療機関
提出書類	① 令和6年度〇〇予防接種委託料請求書兼内訳書 (3-1)(3-2)(3-3)に必要事項をそれぞれ記入のう え、切り取り線で分割し、下記のとおり取り扱って ください (3-1)(3-2)…市医師会へ提出 (3-3)…各医療機関で保管 ③ 予診票(2枚複写) 1枚目…市医師会へ提出 2枚目…各医療機関で保管 ④ 接種不可者受診券(いた場合)	① 予防接種委託契約実施報告書 ② 請求書 ③ 予診票(2枚複写) 1枚目…鹿児島市へ提出 2枚目…各医療機関で保管 ④ 接種不可者受診券(いた場合)
提出期限	接種月の翌月10日	接種月の翌月15日
提出先	鹿児島市医師会事務局	鹿児島市(郵送、直接)
振込時期	本市が市医師会から請求書を受理後、30日以内に市医師会へ支払い、その後、市医師会から各医療機関に支払われます。	本市が各医療機関から請求書を受理後、30日以内に指定された口座に支払われます。

・本市において、予診票の記載内容(不備がある場合は返却します)、接種件数、請求金額等を確認したあと、入金されます
 ※提出前に、予診票のすべての記載内容に記入漏れ等がないことや対象年齢であることなどを再度確認してください。(確認方法については、次ページ「予診票チェック事項」参照)
 ※不備が多い場合、お支払できないことがあります。

請求の様式などは、本市HPからダウンロードできます。

検索方法：本市HPのサイト内検索入力欄に、「インフルエンザ」や「成人用肺炎球菌」と入力
→ページの下部「医療機関の皆様へ」

9 鹿児島県相互乗り入れ制度

鹿児島県医師会が実施している相互乗り入れ制度に参加している医療機関については、鹿児島市外に住民登録がある者でも公費負担による定期接種が可能です。その際、使用する予診票は住民登録がある自治体のものになります。

(参考) 成人用肺炎球菌・インフルエンザ予防接種事項

すべて整っていないと委託料が支払われません。もれのないようにご注意ください。

よくある間違い①

予防接種シールは貼付していますか？

- ・シールを紛失している場合は、感染症対策課へ宛名番号を確認し、記入してください。

2-1
(鹿児島市提出用)

鹿児島市高齢者等肺炎球菌予防接種予

——枠内 接種を受ける本人が記入 ——枠内 医療機関記入

診察前の体温	36 度 4 分	◆予防接種シール貼付欄◆	
住 所	鹿児島市 山下 丁目 11 番地 1 号	電話番号 (000 000 0000)	
(フリガナ)	マクラジマ ダク	性別	男・女
氏 名	桜島 大	生年 月 日	昭和 34 年 4 月 1 日 (満 65 歳)
対象者：(1)接種日に65歳の鹿児島市民 (2)接種日に60歳以上65歳未満で内部障害1級相当の鹿児島市民ただし、過去に23価肺炎球菌ワクチンを接種したことがある方は対象となりません。)			
質 問 事 項		回 答 欄	医師記入欄
これまでに23価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		はい () いいえ ()	
今日受ける予防接種について同封の「予防接種のお知らせ」を読み、理解しましたか		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、なに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		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 ()	
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 ()		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か月以内に熱がでたり、病気にかかったりしましたか 病名 ()		はい () いいえ ()	
最近1か月以内に、家族等に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 ()		はい () いいえ ()	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 () (月 日頃)		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 予防接種名 ()		はい () いいえ ()	
薬品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はありますか		はい () いいえ ()	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (歳頃)		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 ()	

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせた方がよい)と判断する。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。 医師署名又は記名押印 鹿児島 太郎

高齢者等肺炎球菌予防接種 希望書・同意書 (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、ワクチンの接種を(希望します・希望しません)。 ※かつこの中のどちらかを○で開んでください。
②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、本予診票が鹿児島市に提出されることに同意します。
6 年 4 月 1 日 被接種者(代筆者)署名 桜島 望 [代筆者の場合 続柄 長男
(※自署が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)

あり	1 生活保護受給者確認資料	①生活保護受給証 [] 又は 医療機関等が記入した生活保護受給者確認資料 []
自己負担なし	2 市民税非課税世帯確認資料	①介護保険料納入通知書(決定通知)(1~3) [] ②介護保険料納入通知書(変更通知)(1~3) [] ③後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証(I・II) [] 又は オンライン資格確認 [] ④市民税非課税証明書 []

よくある間違い③ 過去に接種歴はありますか？
・接種歴がある人は定期対象外です。(5年経過していたら任意接種は可能。任意の予診票を使用してください)

よくある間違い④ 実施できるに○がありますか？
署名または記名押印がありますか？

よくある間違い⑥ 代筆の場合、代筆した人の氏名と続柄が記載されていますか？
・本人の名前を、代筆者に書いてもらうのは不可

よくある間違い⑦ 自己負担ありorなし どちらかに○がありますか？
・自己負担無(保護受給か市民税非課税世帯は無料)の場合は、本人が提示した確認資料の番号を○し、[]に番号を記入
・後期高齢者医療限度額・標準負担額減額認定証の場合は、有効期限を記入(マイナンバーカードを利用して確認した場合は、オンライン資格確認に○)
・確認資料の写しや原本の添付は不要。確認したら本人に返却する。

住所		鹿児島市 山下 丁目 11 番地 / 電話番号 (000-000-0000)	
氏名	木安島 花子	性別 女 生年月日 大正 34 年 10 月 / 日 (満 65 歳)	
※対象者：(1)接種日に65歳以上の鹿児島市民 (2)接種日に60歳以上65歳未満で内部障害1級程度の鹿児島市民			
質問事項		回答欄	医師記入欄
今日の予防接種について「予防接種のお知らせ」を読み、理解しましたか		はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
現在、何か病気にかかっていますか 病名 ()		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
治療 (投薬など) を受けていますか		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
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いわれましたか		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
免疫不全と診断されたことがありますか		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
今日、体に具合の悪いところがありますか		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
具合の悪い症状を書いてください ()		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
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		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
病名 ()		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
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いわれましたか		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
最近1か月以内に熱がでたり、病気にかかったりしましたか		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
病名 ()		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
最近1か月以内に、家族等に、インフルエンザ、麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
病名 ()		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
予防接種の種類 () (月 日頃)		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
①その際に具合が悪くなったことはありますか		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
②インフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
ニワトリの卵や肉などにアレルギーがありますか		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
薬品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はありますか		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか (歳頃)		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
そのとき熱が出ましたか		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
今日の予防接種について質問がありますか		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
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 (実施できる)・見合わせた方がよい)と判断する。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。医師署名又は記名押印 鹿児島 太郎		
インフルエンザ予防接種 希望書・同意書 (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)			
① 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応などについて理解した上で、接種することを (希望します)・希望しません)。 ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。			
② 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、本予診票が鹿児島市に提出されることに同意します。			
令和 6 年 10 月 1 日 被接種者 (代筆者) 署名 木安島 望 (代筆者の場合 続柄 長男) (※自署が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)			
自己負担	※自己負担なしの場合は、確認した資料の番号を○で囲み、[]に通知書番号・有効期限を記入してください		
あり	1 生活保護受給者確認資料 ①生活保護受給証 [] 又は 医療券 [] ②自立支援医療受給者証 [] ③ []		
なし	2 市民税非課税世帯確認資料 ①介護保険料納入通知書 (決定通知) (1~3) [] ②介護保険料納入通知書 (変更通知) (1~3) [] ③後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 (I・II) [] 又は オンライ ン資格確認 [] ④市民税非課税証明書 [] ⑤ []		
メーカー名、ロット番号	接種量	実施場所	
	ml	医師名 令和 年 月 日	

よくある間違い①
65歳以上ですか?
・64歳以下は任意接種の予診票を使う (ただし、60~64歳で内部障害の人は手帳等のコピーを添付すれば定期でOK)

よくある間違い②
実施できるに○がありますか?
署名または記名押印がありますか?

よくある間違い③
希望しますに○がありますか?

よくある間違い④
代筆の場合、代筆した人の氏名と続柄が記載されていますか?
・本人の名前を、代筆者に書いてもらうのは不可

よくある間違い⑤
自己負担ありorなし どちらかに○がありますか?
・自己負担無 (保護受給か市民税非課税世帯は無料) の場合は、本人が提示した確認資料の番号を○し、[]に番号を記入
・後期高齢者医療限度額・標準負担額減額認定証の場合は、有効期限を記入 (マイナンバーカードを利用して確認した場合は、オンライン資格確認に○)
・確認資料の写しや原本の添付は不要。確認したら本人に返却する。