

## 令和7年度

## 鹿児島市高齢者の予防接種 実施上の留意事項

## 【ポイント】

- 令和7年度より带状疱疹の定期予防接種が開始されます。詳しくは1 Pをご覧ください。
- 市民税・県民税非課税世帯の確認方法が変更されます。  
原則、市民税・県民税非課税証明書の案内不可など。詳しくは4 P～5 Pをご覧ください。
- 新型コロナワクチンの自己負担額及び委託料変更。詳しくは2 P及び8 Pをご覧ください。

## 目次

1	概要	- 1 -
2	自己負担額	- 2 -
3	実施手順	- 2 -
	(1) 対象者の確認	- 2 -
	(2) 自己負担の有無の報告	- 2 -
	生活保護受給者の確認書類	- 3 -
①	・鹿児島市生活保護受給証（休日・夜間等診療依頼証）	- 3 -
	・生活保護法医療券	- 3 -
	・生活保護受給証明書	- 3 -
	②自立支援医療受給者証	- 3 -
	市民税・県民税非課税世帯の確認書類	- 4 -
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）	- 4 -
②	後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（後期高齢者医療制度の被保険者のみ）	- 4 -
③	後期高齢者医療資格確認書（マイナ保険証を持っていない、後期高齢者医療制度の被保険者のみ）	- 5 -
④	世帯員全員の「市民税・県民税 非課税証明書【市保健事業用】」	- 5 -
	(3) 予診票の記入、医師の予診・説明	- 6 -
	(4) 予診票へ署名等	- 6 -
	(5) 接種	- 6 -
	(6) 接種済証	- 7 -
	(7) 予診票の保管	- 7 -
4	予防接種による間違い	- 7 -
5	副反応疑い報告	- 7 -
6	予防接種健康被害救済制度	- 8 -
7	令和7年度委託料単価（消費税相当額を含む）	- 8 -
8	委託料の請求及び支払い方法	- 9 -
9	鹿児島県相互乗り入れ制度	- 9 -
	（参考）インフルエンザ・成人用肺炎球菌・新型コロナ及び带状疱疹予診票チェック事項	- 10 -

【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7年10月1日～令和8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 <b>65歳以上</b> 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7年4月1日～令和8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）	<b>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</b> ① 接種時に <b>65歳</b> 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	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（プレバナー）であれば、今回の定期接種の対象となります。 ※ 前回の接種から5年以上経過していれば、 <b>全額自費での再接種（任意接種）は可能</b> です。（助成の対象外です。）					

## (3) 新型コロナ 助成期間：令和7年10月1日～令和8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
新型コロナ	(1) インフルエンザと同じ		—	—	筋肉

社名	種類	接種量 ※60歳以上	貯法・有効期間	剤形	抗原株
未定 決まり次第、本市ホームページに掲載予定					

## (4) 帯状疱疹 助成期間：令和7年4月1日～令和8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
生ワクチン	①令和7年4月2日から令和8年4月1日までに65歳になる方 ②60歳以上65歳未満の者であって、 <u>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</u>	①、③、④は個別送付 (6月末予定) ②は FAX で医療機関に送付	1回	0.5ml	皮下
組み換えワクチン	③令和7年4月2日から令和8年4月1日までに70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳になる方（令和11年度までの経過措置） ④100歳以上の方（令和7年度のみ）		2回		筋肉

- ※接種回数は生ワクチンが1回接種、組み換えワクチンが2回接種となります。  
 予診票は2回分送付します。生ワクチンを接種する方には2回目の予診票を破棄するようお願いください。  
 ※組み換えワクチンの接種スケジュールは通常、2か月以上の間隔を置いて2回接種となります。  
 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。  
 ※生ワクチンは病気や治療によって、免疫が低下している方は接種不可です。  
 ※接種が既に完了している方は基本的には定期接種の対象にはなりません。予防接種を行う必要があると医療機関において医師が認めた場合は定期接種の対象と認める場合がありますので、その際は感染症対策課にお問い合わせください。

## 2 自己負担額

予防接種	自己負担額	助成期間
インフルエンザ	1,500円	令和7年10月1日～令和8年3月31日
成人用肺炎球菌	3,000円	令和7年4月1日～令和8年3月31日
新型コロナ※	<b>5,300円</b>	令和7年10月1日～令和8年3月31日
带状疱疹（生ワクチン）	3,000円	令和7年4月1日～令和8年3月31日
带状疱疹（組み換えワクチン）	11,700円	

※新型コロナについては、自己負担額を変更しました。

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・県民税非課税世帯の者」からは徴収しないでください。

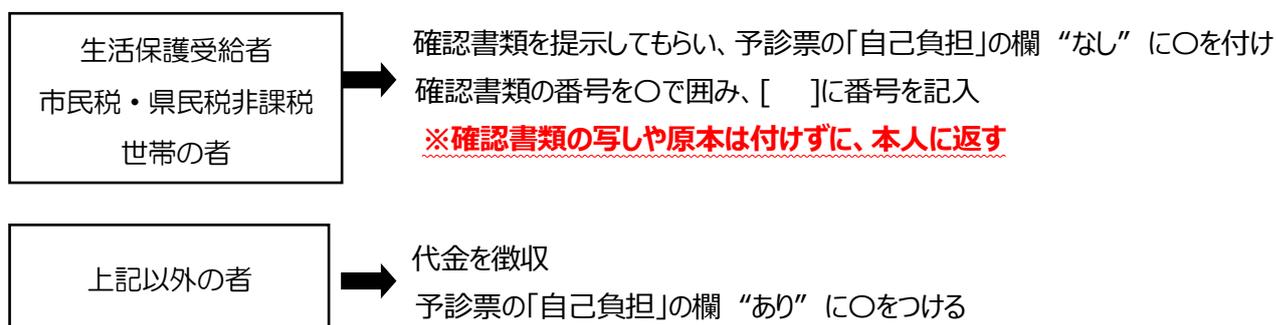
（確認方法については、2P～5Pの「（2）自己負担の有無の確認」参照）

## 3 実施手順

### （1）対象者の確認

全員	マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証など…年齢、住所などを確認
60～64歳	<p>身体障害者手帳、医師の診断書など…内部障害1級相当（※）であることを確認  <u>手帳又は診断書のコピーは予診票の後ろにホッチキス留めしてください。</u></p> <p>（※）<u>内部障害1級相当…以下のとおり、带状疱疹とそれ以外で異なるので注意</u></p> <p>【インフルエンザ・成人用肺炎球菌・新型コロナ】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・心臓、腎臓又は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を有する人</li> <li>・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</li> </ul> <p>【带状疱疹】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>

### （2）自己負担の有無の確認



**生活保護受給者の確認書類**

- ①
- ・鹿児島市生活保護受給証（休日・夜間等診療依頼証）
  - ・生活保護法医療券
  - ・生活保護受給証明書

【生活保護受給証】

 <p>鹿児島市生活保護受給証 (休日・夜間等診療依頼証)</p>		有効期限
		<p>更新のタイミングで有効期限が切れている受給証も<b>利用可能</b></p>
世帯主	住所 氏名	
交付番号		
<p>1 4 6 4 0 1 2</p>		
<p>予診票には[<b>交付番号</b>]を記入</p>		
交付年月日		

【生活保護法医療券】

生活保護法医療券 ( 年 月分)	
公費負担者番号	1 2 4 6 4 0 1 2
有効期間	日から 日まで
受給者番号	
氏名	
居住地	
指定医療機関名	
衛生	
(3)	本人支払額 **** 円
地区担当員名	取扱担当者名
	鹿児島市福祉事務所長
社会保険	なし
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条の2	なし
その他	

備考 「指定医療機関名」欄に指定医療機関事務室の名称を記入する場合には、訪問看護ステーションの名称も併せて記入すること。

当月分で、有効期限内だと○

予診票には[**受給者番号**]を記入

②自立支援医療受給者証

自立支援医療受給者証 (対象となる障害名及び医療の具体的方針)	
公費負担の対象となる障害	じん臓
医療の具体的方針	入院外 血液透析週3回+院外処方
特定疾病療養受療証	有・ <input type="radio"/> 無
負担区分	<b>生活保護世帯</b>

負担区分が「生活保護世帯」のみ

自立支援医療受給者証 (更生医療)	
公費負担者番号	
自立支援医療費受給者番号	
交付年月日	平成31年 2月28日
氏名	
生年月日	昭和 男
住	
被保険者証の記号及び番号	生保 ***
保険者名	
重症かつ継続	<input checked="" type="radio"/> 該当・ <input type="radio"/> 非該当
指定医療機関名 (所在地・電話番号)	
自己負担上限額	月額 0円
有効期間	平成31年 2月19日 ~ 平成32年 1月31日
上記のとおり認定する。	
平成31年 2月28日	
鹿児島市長 森 博幸	障害福祉課

予診票には[**自立支援医療費受給者番号**]を記入

**市民税・県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）**

予診票には「**通知書番号**」を記入

令和7年度 介護保険料納入通知書(決定通知)

令和7年度の介護保険料額が決定しましたので通知します。  
決定事由 当初賦課による保険料額決定

●保険料額算定の基礎

期間	月数	世帯住民税状況	本人住民税状況	合計所得金額※ (課税世帯は記入)	所得段階	年間保険料額
R7.4.1から R7.3.31まで	12か月分	非課税	非課税		2段階	36,500円

※介護保険法施行令及び鹿児島県介護保険条例に基づき算定された金額を記載していますので、地方税法に規定される合計所得金額とは一致しない場合があります。

●特別保険料額(円)

類別	普通徴収 納付書または口座振替	特別徴収 年金から差引き
4月		6,500
5月		
6月	0	6,500
7月	0	
8月	0	5,800
9月	0	
10月	0	5,900
11月	0	
12月	0	5,900
1月	0	
2月	0	5,900
3月	0	
計	0	36,500
合計	36,500	

●介護保険料の納付方法  
左表の「特別徴収」欄に金額・下記の年金から保険料が差引きされる場合  
特別徴収義務者  
厚生労働大臣  
特別徴収対象年金  
老齢基礎年金

※2月と同じ金額を特別徴収している場合は、左表の「普通徴収」口座振替を申し、賦課の納付書に「口座振替を申し、下記の登録口座」

金 庫 種 別 名  
\*\*\*\* \* 口座通番  
\*\*\*\* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \*  
口座名義人  
\* \* \* \* \* \* \* \* \*

所得段階区分が  
**第1段階、第2段階、第3段階の方のみ**

問合せ先  
鹿児島市役所介護保険課保険料係  
〒892-8677 鹿児島県鹿児島市山下町1-1番1号 電話番号 099-216-1279

**② 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（後期高齢者医療制度の被保険者のみ）**

※ 令和7年7月31日まで。以降は「マイナ保険証」又は「後期高齢者医療資格確認書」で確認

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証

有効期限  
交付年月日

被保険者番号

住所  
氏名  
生年月日

発効期日

適用区分

長期入院  
該当年月日 保険者印

保険者番号並びに保険者印

**要チェック!**  
マイナ保険証でオンライン確認した場合

予診票の「オンライン資格確認」に「○」  
資格情報確認画面の限度額適用認定証の  
適用区分「**低所得Ⅰ**」のみが非課税世帯の対象  
となりますのでご注意ください。  
(紙媒体とオンラインで対象区分が異なります。)

注意 ⚠  
後期高齢者医療制度の被保険者のみが対象です。  
国民健康保険や社会保険の方は対象外です。

【後期高齢者医療制度の被保険者】  
・75歳以上の方  
・65~74歳までの一定の障害のある方（障害認定）  
で後期高齢者医療制度への加入手続きをされた方

紙媒体：適用区分が「**区分Ⅰ**」、「**区分Ⅱ**」のみ  
オンライン：適用区分が「**低所得Ⅰ**」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 後期高齢者医療資格確認書（マイナ保険証を持っていない、後期高齢者医療制度の被保険者のみ）

後期高齢者医療資格確認書	
被保険者番号 12345678	有効期限 令和7年7月31日
氏名 広城 太郎	
生年月日 大正11年11月11日	性別 男
資格取得年月日 平成20年4月1日	交付年月日 令和6年12月2日
負担割合 1割	
発効期日 平成20年4月1日	有効期限 令和6年8月1日
限度区分 区Ⅰ	
長期入院該当日	
特定疾病区分	発効期日
保険者番号 39460000	
保険者名 鹿児島県後期高齢者医療広域連合	公印

### ④ 世帯員全員の「市民税・県民税 非課税証明書【市保健事業用】」

高齢者のインフルエンザ・成人用肺炎球菌・新型コロナ・带状疱疹の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。（原則案内不可）

**重要△ 上記①～③全てを紛失している場合以外で④の証明書は案内しないでください！**

- ・6月以降、基本的に①の通知書が各世帯に届いているので**証明書は不要です**。
- ・証明書は本人又は本人と同世帯の方以外の方が申請する際は委任状が必要です。（親族であっても別世帯なら必要）
- ・証明書は、委任状の準備や窓口での受け取り等、接種希望者に大きな負担がかかります。案内をする前に再度①～③の書類をお持ちではないか確認をお願いいたします。

**注意△ コンビニ等で取得したものは不可です！！**

- ・予防接種用として、特別に本庁資産税課及び各支所税務課で世帯全員の課税状況を確認し、非課税世帯に該当される方のみ発行している証明になります。コンビニ等で取得する非課税証明書は、証明書を取得した個人の課税、非課税しか分かりませんので、世帯非課税の証明とはなりません。
- ・本庁資産税課及び各支所税務課で取得した証明書には【市保健事業用】の記載があり、かつ市税証番号が8桁です。（コンビニ等は【市保健事業用】の記載がなく、市税証番号が5桁です）
- ・誤って、コンビニ等で発行した際の手数料については返金できません。

**注意△ 上記②のオンライン資格確認及び③で「区分Ⅱ」の場合**

・後期高齢者医療資格確認書及び後期高齢者医療保険のマイナ保険証のオンライン資格確認において、「区分Ⅱ」の方については前述の確認書類のみでは非課税世帯の確認書類とはなりません。しかし、非課税世帯である可能性はございますので別途「介護保険料納入通知書」または、「市民税・県民税 非課税証明書（市保健事業用）」での確認が必要となります。

※後期高齢者医療資格確認書及び後期高齢者医療保険のマイナ保険証のオンライン資格確認で「区分Ⅱ」と表記されている方々の中には非課税世帯の方と未申告の方が含まれており、「区分Ⅱ」が全て非課税世帯の方ということではない旨を所管課より確認しております。したがって、それらの書類のみでは非課税世帯であるか確認することはできません。

夫婦など同一世帯だと推測される方も、接種者本人の証明書が1枚ずつ必要です。

### (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。

#### 【肺炎球菌及び带状疱疹について】

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。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、代筆者に被接種者名、代筆者氏名、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、肺炎、新型コロナ及び带状疱疹に罹患したり、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、定期の予防接種実施要領
  - ・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。

### (1) 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 F A X にて感染症対策課へ提出する。

※ 予防接種による間違い発生報告書

本市ホームページ内のフリーワード検索で「間違い発生報告書」を検索いただくか、下記 URL から取得  
[https://www.city.kagoshima.lg.jp/kenkofukushi/hokenjo/hoyobokan/kenko/kenko/sesshu/documents/machigai\\_houkoku.pdf](https://www.city.kagoshima.lg.jp/kenkofukushi/hokenjo/hoyobokan/kenko/kenko/sesshu/documents/machigai_houkoku.pdf)

### (2) 令和6年度 本市におけるB類予防接種間違い発生状況 (一部)

	間違いの内容	具体例	件数
1	対象者の誤認	・高齢者肺炎球菌ワクチンを、対象でない者に接種した。	1件
2	不必要な接種	・コロナワクチンを、接種を希望しない者に接種した。 ・今年度のインフルエンザワクチン接種済みの者に対し、再度同ワクチンを接種した。	2件
3	接種量の誤認	・コロナワクチンを、0.6ml 接種すべきところ、0.3ml を接種した。	1件

## 5 副反応疑い報告

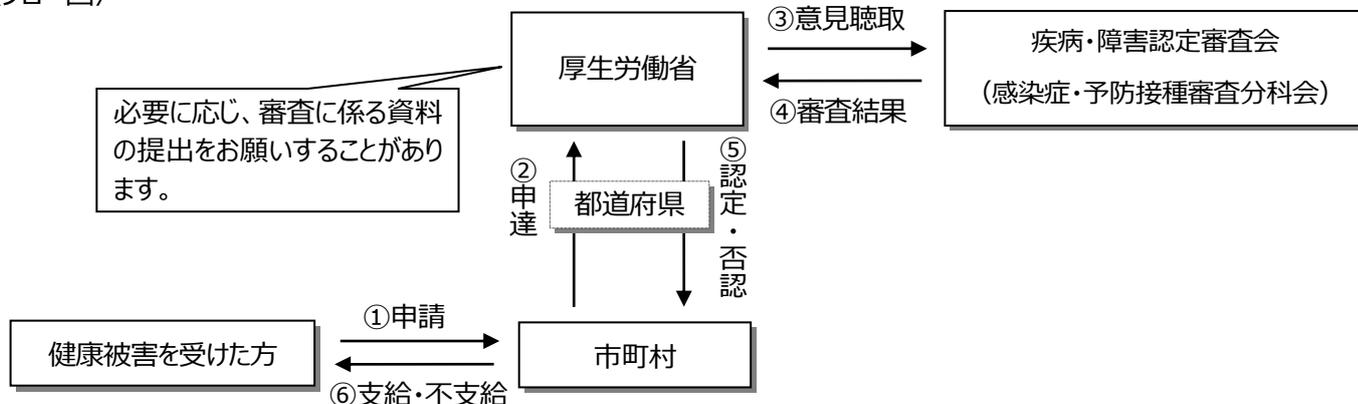
予防接種後に生じた副反応を診断した医師は、速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ報告することが義務付けられています(本人の同意は不要です)。定期接種だけではなく、任意接種も同じ様式で報告できます。この報告は「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」の規定による報告としても取り扱うこととするため、改めて報告することは不要となります。詳細は別冊「予防接種後副反応疑い報告書」をご確認ください。

医薬品医療機器総合機構 (PMDA) への報告専用 F A X 番号 : 0 1 2 0 - 1 7 6 - 1 4 6

## 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。

〈フロー図〉



## 7 令和7年度委託料単価（消費税相当額を含む）

予防接種	自己負担あり	自己負担なし	接種不可者
インフルエンザ	3,791円	5,291円	3,201円 (予診のみ)
成人用肺炎球菌	5,851円	8,851円	
新型コロナ※	<b>10,000円</b>	15,300円	
带状疱疹 (生ワクチン)	5,591円	8,591円	
带状疱疹 (組み換えワクチン)	10,000円	21,700円	

※新型コロナについては、自己負担額の変更に伴い委託料を変更しました

《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7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し 切り取り線で分割し、下記のとおり提出 「3-1」、「3-2」…… 市医師会へ提出 「3-3」…………… 各医療機関で保管  ② 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  ③ 接種不可者受診券（いた場合のみ）	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（いた場合のみ）
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。
<p>・本市で、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後、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。</p>		

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」、「新型コロナ」、「带状疱疹」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。

※県・市医師会に加盟していない医療機関については、本市と事前に委託契約を結ぶ必要があります。接種希望者がいる場合は感染症対策課へご相談ください。



令和7年度 鹿児島市インフルエンザ予防接種予診票

種内：接種を受ける本人が記入 種内：医療機関記入 診察前の体温 36 度 5 分

住所	鹿児島市 山下町 丁目 11 番 1 号	電話番号 ( 090 - 1234 - 5678 )
(フリガナ)	サクラジマ ハナ	
氏名	桜島 花	性別 男・女 生年月日 大正 35 年 10 月 1 日 (満 65 昭和)

※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
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"/>	
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 <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言われましたか	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 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 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言われましたか	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 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 予防接種の種類 ( 新型コロナ ) ( 10 月 1 日頃)	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input 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"/>	
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"/>	
アレルギー疾患にかかっていますか ( )	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
アレルギー疾患にかかっていますか ( )	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
アレルギー疾患にかかっていますか ( )	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	

**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？**  
 代筆の場合、被接種者の意思を確認した方が、被接種者に代わって被接種者名、代筆者名、被接種者との続柄を記入します。

**よくある間違い③**  
**希望しますに○がありますか？**

インフルエンザ 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 (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。 [※代筆者氏名 桜島 大]

令和7年11月1日 被接種者 署名 桜島 花 [※代筆者続柄 長男]

[※自署ができない者は代筆者が「被接種者 署名」、「代筆者氏名」、「代筆者続柄」を記載]

自己負担あり	※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・有効期限等を記入すること
自己負担なし	1 生活保護受給者確認資料 [ ] 又は 医療券 [ ] 又は 自立支援医療受給者証 [ ]
	2 市民税非課税世帯確認資料 [ ] ※所得税区分1～3のみ
	①介護保険料納入通知書(決定通知) [ ]
	②介護保険料納入通知書(変更通知) [ ]
	③後期高齢者医療資格確認書 [ ] ※限度区分Iのみ
	④後期高齢者医療制度のマイナ保険証 [ ] ※限度区分Iのみ
	⑤市民税・県民税非課税証明書(市保健事業用) [ ] ※コンビニ(5桁)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？**

自己負担なし (生活保護受給者か市民税非課税世帯の方は無料) の場合は、本人が提示した確認資料の番号を○し、[ ]に予診票に記載された各番号を記入 (確認書類の写しの添付は不要。確認後は本人へ返却)

(例) ・介護保険料納入通知書 → 通知書番号 ※令和7年度分か確認  
 ・後期高齢者医療資格確認書 → 有効期限 ※限度区分が区Iか確認  
 ・市民税・県民税非課税証明書 → 市税証番号 ※市保健事業用で市税証番号が8桁か確認  
 ・マイナ保険証でのオンライン確認 → オンライン資格確認に○ ※後期高齢で適用区分が低所得Iか確認

肺炎球菌  
予診票チェック  
事項

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、感染症対策課へ番号を確認し、記入してください。

よくある間違い②

接種日に65歳ですか？

・60～64歳で内部障害の人は予診票をFAXで送付します。(手帳等のコピー添付要)

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？

代筆の場合、被接種者の意思を確認した方が、被接種者に代わって被接種者名、代筆者名、被接種者との続柄を記入します。

鹿児島市高齢者等肺炎球菌予防接種予診票

――種内 接種を受ける本人が記入―― 種内 医療機関

診察前の体温	36 度 5 分	◆予防接種シール貼付欄◆	
住所	鹿児島市 山下町 丁目 11 番 1 号	電話番号 ( 090 - 1234 - 5678 )	
(フリガナ)	サクラジマ ノゾム	性別 (男) ・ 女	生年 月 日 (昭和) 35 年 4 月 1 日 (満 65 歳)
氏名	桜島 望		

※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
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 <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
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 <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
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 <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
現在、なにか病気にかかっていますか 病名 ( )	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
治療(投薬など)を受けていますか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input 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言われましたか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
免疫不全	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
今日、体の具合の	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
心臓病、病名 ( )	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
疾患にかかったことがありますか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input 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言われましたか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
最近1か病名 ( )	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
最近1か予防接種 ( ) ( 月 日頃)	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
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	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
予防接種名 ( )	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
が出た。体の具合が悪くなったことはありますか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
があり、ですか ( 歳頃)	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
ですか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	

予防接種は(実施できる)・見合わせた方がよい)と判断し、同意書に記述し、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) 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(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。[※代筆者氏名 桜島 大] 令和 7 年 4 月 1 日 被接種者 署名 桜島 望 [※代筆者続柄 長男] (※自署ができない者は代筆者が「被接種者 署名」、「代筆者氏名」、「代筆者続柄」を記載)

あり	※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・有効期限等を記入すること 1 生活保護受給者 確認資料 ①生活保護受給証【交付番号】又は 医療券【受給者番号】 ②自立支援医療受給者証【受給者番号】
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)【通知書番号】 ※所得税区分1～3のみ ②介護保険料納入通知書(変更通知)【通知書番号】 ※所得税区分1～3のみ 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) ※令和7年7月31日まで L 認定証有効期限 [ ] ④後期高齢者医療資格確認書【有効期限】 ※限度区分Iのみ ⑤後期高齢者医療制度のマイナ保険証【オンライン資格確認】 ※限度区分Iのみ ※窓口受給(届出)のみ ⑥マイナ保険証(市保健事業用)【市税証番号】 ※コンビニ(届出)のみ

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？

自己負担なし(生活保護受給者か市民税非課税世帯の方は無料)の場合は、本人が提示した確認資料の番号を○し、[ ]に予診票に記載された各番号を記入(確認書類の写しの添付は不要。確認後は本人へ返却)

(例) ・介護保険料納入通知書 → 通知書番号 ※令和7年度分が確認

・後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 → 有効期限 ※区分が「I」又は「II」が確認

・後期高齢者医療資格確認書 → 有効期限 ※限度区分が区Iが確認

・市民税・県民税非課税証明書 → 市税証番号 ※市保健事業用で市税証番号が8桁が確認

・マイナ保険証でのオンライン確認 → オンライン資格確認に○ ※後期高齢で適用区分が低所得Iが確認

**新型コロナ  
予診票チェック  
事項**

- 【注意事項】**
- ・10/1 より前に接種した場合、定期接種の対象となりません。(R8.3.31 より後も同じ)
  - ・10/1 以降に、国が定期接種として定めた抗原株以外のワクチンを接種した場合は、定期接種の対象となりません。(例：令和6年度は、「JN.1 系統」とされました。※7年度はまだ未定)
  - ・過去に接種履歴のない方で2回接種する場合、**2回目の接種は任意接種**となります。
  - ・新型コロナワクチンとインフルエンザ又は肺炎球菌ワクチンとの同時接種は、医師が特に必要と認めた場合可能です。また、接種間隔に制限はありません。

2-1  
(鹿児島市提出用)

令和7年度 鹿児島市新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

診察前の体温 36 度 6 分

住所 鹿児島市 山下町 丁目 11 番 1 号 電話番号 ( 090 - 1234 - 5678 )

氏名 桜島 花 性別 男・女 生年月日 大正 昭 35 年 10 月 1 日 (満 65 歳)

※対象者：(1)接種日に6.5歳以上の鹿児島市民 (2)接種日に6.0歳以上6.5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"/>	
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 <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言われましたか	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 ( )		
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 ( )		
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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
最近1か月以内に熱が出たり、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 ( )		
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)		
新型コロナウイルス感染症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新型コロナウイルス感染症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"/>	
③接種後、アレルギー反応が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか ( 歳頃)	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
④接種後、アレルギー反応が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか ( 歳頃)	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
⑤接種後、アレルギー反応が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか ( 歳頃)	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	

**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？  
代筆の場合、被接種者の意思を確認した方が、被接種者に代わって被接種者名、代筆者名、被接種者との続柄を記入します。

**よくある間違い③**  
希望しますに○がありますか？

医師記入欄 本人 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。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

新型コロナウイルス感染症予防接種 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か (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。 [※代筆者氏名 桜島 大]

令和7年10月1日 被接種者 署名 桜島 花 [※代筆者続柄 長男]

(※自署ができない者は代筆者が「被接種者 署名」、「代筆者氏名」、「代筆者続柄」を記載)

自己負担あり

※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・有効期限等を記入すること

1 生活保護受給者確認資料 ①生活保護受給証 [交付番号] 又は 医療券 [受給者番号]

2 市民税非課税 ①介護保険料納入通知書(決定通知) [通知書番号] ※所得階区分1～3のみ

②介護保険料納入通知書(変更通知) [通知書番号] ※所得階区分1～3のみ

③は後期高齢者医療制度受給者証 [有効期限] ※限度区分Iのみ

**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？

自己負担なし(生活保護受給者か市民税非課税世帯の方は無料)の場合は、本人が提示した確認資料の番号を○し、[ ]に予診票に記載された各番号を記入(確認書類の写しの添付は不要。確認後は本人へ返却)

(例) ・介護保険料納入通知書 → 通知書番号 ※令和7年度分が確認

・後期高齢者医療資格確認書 → 有効期限 ※限度区分が区Iが確認

・市民税・県民税非課税証明書 → 市税証番号 ※市保健事業用で市税証番号が8桁が確認

・マイナ保険証でのオンライン確認 → オンライン資格確認に○ ※後期高齢で適用区分が低所得Iが確認

带状疱疹  
予診票チェック  
事項

【注意事項】  
 ※接種回数は生ワクチンが1回接種、組み換えワクチンが2回接種となります。  
 ※組み換えワクチンの接種スケジュールは通常、2か月以上の間隔を置いて2回接種となります。

2-1 (保健所提出用) 令和7年度 鹿児島市带状疱疹予防接種予診票 ◆生ワクチン 1回目 ◆組換えワクチン

よくある間違い②  
 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、感染症対策課へ番号を確認し、記入してください。

よくある間違い①  
 回数正しいですか？

よくある間違い③  
 接種対象者ですか？  
 ・60～64歳で免疫機能障害1級相当の人は予診票をFAXで送付します。(手帳等のコピー添付要)

◆予防接種シール貼付欄◆

所在地 1 号 電話番号 ( 090 - 1234 - 5678 )

性別 男 ・ 女 生年月日 大正 昭和 35 年 5 月 1 日 日生 (満 64 歳)

項目	回答欄	医師記入欄
これまでに带状疱疹の予防接種を受けたことがありますか (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札幌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。	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
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 <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
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 <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 ( ) 治療(投薬など)を受けていますか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input 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言われましたか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
免疫不全と診断されたことがありますか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
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 <input checked="" type="radio"/> いいえ <input 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 checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
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 <input checked="" type="radio"/> いいえ <input 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 checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
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 ( 新型コロナ ) ( 3 月 1 日頃)	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input 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 病名 ( )	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input 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言われましたか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
最近6か月以内に予防接種を受けましたか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
今日、予防接種の注射を受けましたか。	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	

以上、本人に対し、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。 鹿児島 太郎  
 医師署名又は記名押印

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⑤  
 希望しますに○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？  
 代筆の場合、被接種者の意思を確認した方が、被接種者に代わって被接種者名、代筆者名、被接種者との続柄を記入します。

带状疱疹予防接種 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か  
 (希望します) 希望しません) ※かっ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。【※代筆者氏名 桜島 大】  
 令和7年4月1日 被接種者 署名 桜島 花 【※代筆者続柄 長男】  
 (※自署ができない者は代筆者が「被接種者 署名」、「代筆者氏名」、「代筆者続柄」を記載)

あり	※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・有効期限等を記入すること
自己負担なし	1 生活保護受給者確認資料 { ①生活保護受給証 [交付番号] 又は 医療券 [受給者番号] } ②自立支援医療受給者証 [受給者番号]
	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) [通知書番号] ※所得階層区分1~3のみ ②介護保険料納入通知書(変更通知) [通知書番号] ※所得階層区分1~3のみ 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) ※令和7年7月31日まで ④後期高齢者医療資格確認書 [有効期限] ※限度区分Iのみ ⑤後期高齢者医療制度のマイナ保険証 [オンライン資格確認] ※限度区分Iのみ } ⑥⑦は後期高齢者のみ ⑧は対象外 ⑨は対象外

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？  
 自己負担なし(生活保護受給者か市民税非課税世帯の方は無料)の場合は、本人が提示した確認資料の番号を○し、[ ]に予診票に記載された各番号を記入(確認書類の写しの添付は不要。確認後は本人へ返却)  
 (例) ・介護保険料納入通知書 → 通知書番号 ※令和7年度分確認  
 ・後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 → 有効期限 ※区分が「I」又は「II」か確認  
 ・後期高齢者医療資格確認書 → 有効期限 ※限度区分が区Iか確認  
 ・市民税・県民税非課税証明書 → 市税証番号 ※市保健事業用で市税証番号が8桁か確認  
 ・マイナ保険証でのオンライン確認 → オンライン資格確認に○ ※後期高齢で適用区分が低所得Iか確認