各都道府県知事殿

厚生労働省健康局長 (公印省略)

元号を改める政令の施行に伴う様式変更について

元号を改める政令(平成31年政令第134号)が平成31年4月1日に公布され、同年5月1日から施行されることに伴い、予防接種関係の別添1に掲げる通知様式を別添2のとおり改正しますので、貴職におかれましては、改正した様式を御了知の上、貴管内市区町村(保健所を設置する市及び特別区を含む。)、関係機関等に対して周知いただくようお願いします。

この通知による変更前のそれぞれの通知で定める様式については、当分の間、これを取り繕って使用することができることから適切に御対応いただくとともに、別添1において示していない様式についても、別添2の改正様式に準じて様式の変更等が行われたものとみなして取り扱っていただきますようお願いいたします。

なお、公益社団法人日本医師会に対し、本件に係る協力を依頼していることを申し 添えます。

- 「予防接種法第5条第1項の規定による予防接種の実施について」の一部改正について(平成25年3月30日付健発0330第2号厚生労働省健康局長通知)の別添「定期接種実施要領」
 - 様式第二 予防接種予診票(乳幼児・小学生対象)
 - ・ 様式第三 ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票
 - ・ 様式第四 ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票(保護者が同伴しない場合)
 - ・ 様式第五 インフルエンザ予防接種予診票
 - 様式第六 高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票
 - ・ 様式第七 コッホ現象事例報告書
 - · 様式第八 B型肝炎予防接種予診票
 - ・ 様式第九 風しんの第5期の予防接種予診票
- 「医療費・医療手当請求書等の様式変更について」(平成 27 年 12 月 21 日付け健 発 1221 第 4 号厚生労働省健康局長通知)
 - · 別紙1 医療費・医療手当請求書
 - · 別紙 2 (1) 受診証明書
 - 別紙2-(2) 受診証明書(予防接種健康被害認定申請用)
 - 別紙3 障害児養育年金請求書
 - 別紙4 年金額変更請求書
 - · 別紙 5 障害年金請求書
 - 別紙6 死亡一時金請求書
 - 別紙7 葬祭料請求書
 - · 別紙8 未支給給付請求書
 - 別紙3 障害年金請求書
 - 別紙4 年金額変更請求書
 - 別紙 5 遺族年金請求書、遺族一時金請求書
 - 別紙6 遺族年金請求書(胎児用)
 - · 別紙7 遺族年金請求書(後順位者用)
 - · 別紙8 遺族一時金請求書(差額一時金用)
 - 別紙 9 葬祭料請求書
- 新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済等に関する特別措置法等の施行について(平成 21 年 12 月 4 日付け健発 1204 第 5 号厚生労働省健康局長通知)
 - · 別紙様式1 医療費·医療手当請求書
 - 別紙様式2の1 受診証明書(予防接種健康被害認定申請用)
 - ・ 別紙様式2の2 受診証明書
 - · 別紙様式3 障害児養育年金請求書
 - 別紙様式4 障害年金請求書
 - 別紙様式5 障害児養育年金年額変更請求書、障害年金年額変更請求書
 - 別紙様式6 遺族年金請求書、遺族一時金請求書
 - · 別紙様式7 遺族年金請求書(胎児用)
 - 別紙様式8 遺族年金請求書(後順位者用)

(別添1)

- ・ 別紙様式 9 遺族一時金請求書(差額一時金用)・ 別紙様式 10 葬祭料請求書

「予防接種法第5条第1項の規定による予防接種の実施について」の一部改正について(平成25年3月30日付健発0330第2号厚生労働省健康局長通知)の別添「定期接種実施要領」関係

]予防接種予診票(乳幼児・小学生対象)

	診察前の体温				度	分
住 所						
受ける人の氏名	男	生年	平成・令和	年	月	日生
保護者の氏名	女	月日	(満	歳	カ月)	

質 問 事 項	田	答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします			
出生体重()g 分娩時に異常がありましたか	あった	なかった	
出生後に異常がありましたか	あった	なかった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	はい	いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1カ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、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	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1 カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 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いわれましたか	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	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	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	ある	ない	
予防接種の種類 ()	141 \	1.11.2	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか 6カ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	はい 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、今日の予防接種は (実施できる・見合わせた方がよい) と判断します。

保護者に対して、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、説明をしました。

医師署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに (同意します・同意しません) ※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。

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。

保護者自署

使用ワクチン名	接種量		実施場所・医師名・接種年月日					
ワクチン名	※(皮下接種)		実施場所		[医師名		
Lot No. (注) 有効期限が切れていないか要確認	r	m l	接種年月日	令	和	年	月	日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を $3\sim6$ カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

※BCGの予防接種については、「規定量をBCG用管針を用いて経皮接種」等と記載すること。

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票

	診察前の体温				度	分
住 所						
受ける人の氏名	男	生 年	平成・令和	年	月	日生
保護者の氏名※	女	月日	(満	歳	カ月)	

質 問 事 項	田	答 欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	はい	いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気 にかかり、医師の診察を受けていますか 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いわれましたか	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	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	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 (注)妊娠している方への接種には、注意が必要です。	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、今日の予防接種は(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。

保護者(接種を受ける者が既婚者の場合は本人)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、説明を しました。

医師署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに (同意します・同意しません)※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。

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。

保護者(接種を受ける者が既婚者の場合は本人)自署

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日				
ワクチン名	效内由拉廷	実施場所	医	師 名		
Lot No.	筋肉内接種	拉番年 日 日	Δ ₹π	年	日	П
(注) 有効期限がきれていないか確認	0.5 ml	接種年月日	令 和	+	月 	目

※ 接種を受ける人が既婚の場合には、当該部分への記載は必要ありません。

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票(保護者が同伴しない場合)

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明

〇保護者の方へ:必ずお読みください。

※【予防接種の対象となっている小学校6年生~高校1年生に相当する年齢のお子様をお持ちの保護者の方へ】

これまで、お子様の予防接種の実施に当たっては、保護者の同伴が必要となっていましたが、13歳以上(中学1年生~高校1年生)の方へのヒトパピローマウイルス感染症の予防接種については、保護者がこの予診票の記載事項を読み、理解し、納得してお子様に予防接種を受けさせることを希望する場合に、この予診票に自ら署名することによって、保護者が、同伴しなくてもお子様は予防接種を受けることができるようになりました。

(当日はこの用紙を必ず持参させてください。)

この予診票に署名するに当たっては、接種させることを判断する際に、疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医や保健所、お住まいの市区町村の予防接種担当課に確認して、十分納得したうえで、接種させることを決めてからにしてください。

1 ヒトパピローマウイルス(HPV)感染症の症状について

ヒトパピローマウイルスは皮膚や粘膜に感染するウイルスで、100 以上の種類に分類されています。これらのうち主に粘膜に感染する種類は、性行為を介して生じる表皮の微少なキズから、生殖器粘膜に侵入して感染するウイルスであり、海外においては性活動を行う女性の50%以上が、生涯で一度は感染すると推定されています。

粘膜に感染する HPV のうち少なくとも 15 種類は子宮頸がんから検出され、「高リスク型 HPV」と呼ばれています。高リスク型 HPV の中でも 16 型、18 型とよばれる 2 種類は特に頻度が高く、海外の子宮頸がん発生の約 70%に関わっていると推定されています。また、子宮頸がん以外にも、海外において少なくとも 90%の肛門がん、40%の膣がん・外陰部がん・陰茎がんに関わっていると推定されています。その他、高リスク型に属さない種類のものは、生殖器にできる良性のイボである尖圭コンジローマの原因となることが分かっています。

2 予防接種の効果と副反応について

ワクチンの中には、いくつかの種類のヒトパピローマウイルス(HPV)のウイルス成分が含まれており、予防接種を受けたお子様は、これらに対する免疫を獲得することができます。体内に免疫ができると、HPV にかかることを防ぐことができます。

ただし、<u>予防接種により、軽い副反応がみられることがあります。また、極めて稀ですが、重い副反応がおこることがあります。</u>予防接種後にみられる反応としては、下記のとおりです。

ヒトパピローマウイルスワクチンの主な副反応

主な副反応は、発熱や、局所反応(疼痛、発赤、腫脹)です。<u>また、ワクチン接種後に注射による痛みや心因性の反応等による失神があらわれることがあります。失神による転倒を避けるため、接種後30分程度は体重を預けることのできる背もたれのあるソファに座</u>るなどして様子を見るようにしてください。

稀に報告される重い副反応としては、アナフィラキシー様症状(ショック症状、じんましん、呼吸困難など)、ギラン・バレー症候群、血小板減少性紫斑病(紫斑、鼻出血、口腔粘膜の出血等)、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)等が報告されています。

3 予防接種による健康被害救済制度について

○定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。

○健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた 金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。

○ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因(予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等)によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会にて審議し、予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。

※給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、保健所、お住まいの市区町村の予防接種担当課へご相談ください。

4 接種に当たっての注意事項

予防接種の実施においては、体調の良い日に行うことが原則です。お子様の健康状態が良好でない場合には、かかりつけ医等に相談の上、接種するか否かを決めてください。

また、お子様が以下の状態の場合には予防接種を受けることができません。

- ①明らかに発熱(通常37.5℃以上をいいます)がある場合
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな場合
- ③受けるべき予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある場合
- ④その他、医師が不適当な状態と判断した場合

なお、現在、妊娠している方の場合は、接種することに注意が必要な方ですので、かかりつけ医とよくご相談ください。

〇保護者の方へ:下記事項をよくお読みください。

上記の内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。接種させることを決定した場合は、 下記の保護者自署欄に署名してください。<u>(署名がなければ予防接種は受けられません)</u>

接種を希望しない場合には、自署欄には何も記載しないでください。

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、	重篤な副反応発症の可能
性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、子供に接種させることに同意します。	

なお、本説明書は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が市町村に提出されることに同意します。

、ます。	
	保護者自署
	住 所
	緊急の連絡先

※ 本様式は、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。お子様が1人で 予防接種を受ける場合は必ずこの予診票を提出させるようにしてください。

予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

		診察前	の体温		度	分
住 所						
受ける人の氏名	男女	生年月日	平成・令和(満	年歳	月 カ月)	日生

質問事項	回	答 欄 T	医師記入欄
今日体に具合の悪いところがありますか	はい	いいえ	
具体的な症状を書いてください ()			
最近1カ月以内に病気にかかりましたか	はい	いいえ	
病名(
1カ月以内に予防接種を受けましたか	はい	いいえ	
予防接種の種類(15.	, .	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気	はい	いいえ	
にかかり、医師の診察を受けていますか 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いわれましたか	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	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	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	ある	ない	
予防接種の種類()	<i>-</i> , -	54.	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
及が自じ 1万以性を又けて常日が高さなうに八はvでよりが。	AYA.	V · V · /_	
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	はい	いいえ	
(注) 妊娠している方への接種には注意が必要です。			

あなたのお子さんの病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮した上で

接種することに同意しますか (同意します ・ 同意しません) ※かっこ内のどちらかを○で囲んでください。 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。

保護者自署

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)と判断します。 接種を受ける本人に対して、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、説明をしました。

医師署名又は記名押印

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日				
ワクチン名 Lot No.		実施場所	医	師 名		
(注) 有効期限がきれていないか要確認	筋肉内接種 0.5 m l	接種年月日	令 和	年	月	Ħ

インフルエンザ予防接種予診票

_				診察前の体温			度	分
住	所							
氏	名						男 •	女
生 年	月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年	月	日生 (満	ļ.	轰)		

質 問 事 項	田	答 欄	医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について市町村から配られている説明書を読みま 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 ()	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。	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	
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。	はい	いいえ	
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	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
②インフルエンザ以外の予防接種の際に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)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1カ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	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(可能・見合わせる)
医師記入欄	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

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日				
ワクチン名		実施場所				
Lot No.		医師名				
(注) 有効期限がきれていないか確認	m l	接種年月日	令和	年	月	日

インフルエンザ予防接種希望書 (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。

(接種を希望します・接種を希望しません)

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。

令和 年 月 日 被接種者自署

高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

				診察	前の体温		度	分
住	所			_				
氏	名						男・女	
生 年	月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年 月	日生	(満	歳)		

質 問 事 項	囯 2	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。	はい	いいえ	
今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種について市町村から配られている説明書を読み 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 ()	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。	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	
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?	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1 か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	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(可能・見合わせる)
医師記入欄 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

ワクチンロット番号	皮下注射・筋肉内注射の別	接種量	実施場所・医師名・接種年月日				
ワクチン名			実施場所				
Lot No.		m l	医師名				
(注)有効期限が切れていないか要確認			接種年月日	令和	年	月	日

高齢者用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。

(接種を希望します・接種を希望しません)

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。

令和 年 月 日 被接種者自署 <u>_______</u>_____

コッホ現象事例報告書

			都道府県	郡	市町村	付 保健所			
氏	名	生年月日	年	月	日	(男・女)			
住	新		保護者氏名						
接	種時期: 年 月 (または生後	•	BCG ワクチン	ノロット					
局前	局所変化の状況・経過(初めて気付いた時期:令和 年 月 日)								
結	核患者との接触状況								
精	ッ反: — × × × X IGRA (実施の場合:QFT, 結果:	(×)	判定 非特異反応、結 その他(核感染	、結核発	病、判定保留、			
密検査※	胸部エックス線検査所 CT (実施の場合)	見	事後措置/転帰 終了(異常所 経過観察(潜在性結核感 結核治療(診) 他医療機関紹 その他(か 染症治 断名:_	月後)	時受診) 			
	年 月 日 寮機関名 成者医師(署名又は記名押	印)							

※医師の判断により精密検査を行った場合のみ記入すること。

この報告書は、予防接種の安全性の確保及び結核のまん延の防止を図ることを目的としています。このことを理解の上、本報告書が市町村及び都道府県(保健所)に報告されることに同意します。

保護者自	罢	
小 安 日 日	白	

B型肝炎予防接種予診票

		診察前	の体温		度	分
住 所						
受ける人の氏名	男	生年	平成・令和	年	月	日生
保護者の氏名	女	月日	(満	歳	カ月)	

質 問 事 項	回 名	筝 欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします			
出生体重()g 分娩時に異常がありましたか	あった	なかった	
出生後に異常がありましたか	あった	なかった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない	
今日体に具合の悪いところがありますか	はい	いいえ	
具体的な症状を書いてください ()			
最近1カ月以内に病気にかかりましたか	はい	いいえ	
病名(
1カ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方が	はい	いいえ	
いましたか (病名)			
1カ月以内に予防接種を受けましたか	はい	いいえ	
予防接種の種類(
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 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いわれましたか	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	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
ラテックス過敏症*ですか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	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	ある	ない	
予防接種の種類(
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
6カ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	はい	いいえ	
母子感染予防として、出生後に B 型肝炎ワクチンの接種を受けたことがありますか	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、今日の予防接種は (実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。 保護者に対して、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、説明をしました。

医師署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに (同意します・同意しません) ※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。 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。

保護者自署

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日					
ワクチン名	※(皮下注射)		実施場所		医師 名		
Lot No.							
(注) 有効期限が切れていないか要確認		m L	接種年月日	令 和	年	月	日

(注)ラテックス過敏症とは、天然ゴムの製品に対する即時型の過敏症です。ラテックス製の手袋を使用時にアレルギー反応がみられた場合に疑います。また、ラテックスと交叉反応のある果物等(バナナ、栗、キウイフルーツ、アボガド、メロン等)にアレルギーがある場合にはご相談ください。

風しんの第5期の予防接種予診票

_									診察前の体温	度	分
住			所								
氏			名							男 • 3	, T
生	年	月	日	昭和	年	月	日生	(満	歳)		

質 問 事 項	旦 名	答 欄	医師記入欄
今日の予防接種について市町村から配られている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 ()	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。 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 はい	いいえ 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	
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。	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。	ある	ない	
症 状() 予防接種の種類()			
ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1カ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	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	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

被接種者が、風しんの第5期の定期接種の対象者であることを、抗体検査の結果等により確認した。(した・していない) 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) 医師記入欄 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

ワクチンロット番号	接種量	実施場所	・医師名	 接種年月 	日	
ワクチン名		実施場所				
Lot No.		医師名				
(注) 有効期限がきれていないか確認	0.5 ml	接種年月日	令和	年	月	目

.....

風しんの第5期の予防接種希望書(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。

(接種を希望します・接種を希望しません)

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。

令和 年 月 日 被接種者自署 (※自署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) 「医療費・医療手当請求書等の様式変更について」 (平成27年12月21日付け健発1221第4号厚生労働 省健康局長通知)関係

医療費•医療手当請求書

① 個人	番号																							
														<u> </u>										
② ふ 氏	りがな 名												男 女	③ 生:	年月	日				年	Ē	J	₹	日
④	見住	所												5世 氏	上带: ; 名							続村	丙	
	6	重類												⑦実 年	月 E					年	<u> </u>	J	=	日
受 け <i>f</i> 予防接種	∡ ີ	施者												9 実	施場	所								
	① 居	¦住地																						
⑪ 医療促 種類	呆険等	手の		健保	₹,	国信	呆、	その	の他	i ()		と 会員 大養	本	人)		;	本人		初	好養	者
③ 医療を 療機関 び所在	の名																							
14)			L						年	月分		年	月分	. 4	年月	月分	:	年	月分	左	F J	引分	年	月分
医療を受	そけた	日数	入 診	〉 <u>徐</u>	院 実		外 数			日			日			日			日			日		日
			ر ر	、院	ŧ E	3	汝			日			H			П			B			日		田
15 看護移 いては														•			•					•		
										予	ß	f	接	種	9	<u>₹</u>	療	費						
16)																								円
患者组	負担	額											内			訳								
				持殊 療費	-									円	等		R険 2負 }							円
① 医療手	当請	求 額																						円
	記の		」 リ、予	 防护	妾種	を	<u></u> 受け	たこ	اع:	こよ	 る疾	病に	こつし	ハて、	医组织	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		療手	-当(の支i	給き		ナたく、	,
必要	書類	を添え	えて	請求	にす	ます	0																	
	令和		年			月			日															
											請え	找者	氏名	7										
市	町	村	長			殿																		
(18)					利	いは	、個	人	番号	を追	通じて	て自	身σ)税情	手報 を	を提	供す	るこ	:اع:	こ同意	意し	ます	0	
同意	欄							署名														印		
					(XI	3署	でき	ない	者は	代筆	者が	署名	áし、í	七筆者	氏名	及て) 医療	を受	けた	者と0)続	柄を言	己載)	

(注意)

- 1. ①の欄は、予防接種を受けたことによる疾病について医療を受けた者の個人番号を記入してください。
- 2. ②~④の欄は、医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 3. ⑤の欄は、2の医療を受けた者の属する世帯の世帯主の氏名及び続柄を記入してください。
- 4. ⑥~⑩の欄は、健康被害の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
- (1)「⑥種類」は、ジフテリア等の対象疾病の種類及び定期、定期外又は臨時の別を「ジフテリア、定期(第1期 第1回)」、「〇〇〇、臨時」というように記入してください。
- (2)「⑦実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
- (3)「⑧実施者」は、実施に当たった市区町村長(受けた当時の居住地の市区町村長になります)等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、()の中にその医療機関の名称を記入してくださ
- (4)「⑨実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
- (5)「⑩居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
- 5. ⑪及び⑫の欄は、2に記入した者又はその者を扶養する者の加入している医療保険等について、次により記入してください。
 - (1) ①の欄は、健康保険、国民健康保険、その他の該当するものを「〇」でかこみ、その他に該当するときは、 ()に種類を記入してください。
 - (2) ②の欄は、②に記入した者が被保険者又は組合員本人であるか、被扶養者であるかの別を「〇」でかこんでください。
- 6. ③の欄は、請求に係る疾病について、医療を受けた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
- 7. ⑭の欄は、医療手当の請求に係る医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数又は入院外診療実日数別に 記入してください。
- 8. ⑤の欄は、看護、移送を行ったときは、その状況及び医療保険で当該給付を受けたか否かの別を記入してください。
- 9. ⑥の予防接種医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分(免疫学的諸検査であって、医療保険対象外)及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。
- 10. ①の欄は、医療手当の請求額を記入してください。
- 11. 医療手当のみの請求の場合は、①、②、⑤及び⑥の欄の記載は不要です。
- 12. ®個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に 必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。

受診証明書

① 氏 名				男女	② 生	年月日			年			日
③ 現住所												
④ 予防接種を受り ことによる疾病												
			年 月分	年 月:	分	年 月分	年	月分	年	月分	年	月分
⑤ 医療を受けた日数	入 院 診療実	外 3 数	日	E	I	日		日		日		日
	入院日	数	日	E	I	日		日		日		日
			予	防 接	種	医	寮 費	Ì				
6												円
患者負担額				内		訳						
	特殊医 療費分				円	医療保 等自己 担額分	負					Ħ
上記のとおり、予	防接種を	受けた	ことによる	疾病につ	いいて	医療を	行った	عت:	を証明	しま	す。	
令和	年 月	1	日									
			医療	機関の名	称							
			所	在	地							
			開設	者の氏	名						(印

(A4)

- 1 予防接種被害者健康手帳により、認定疾病名を確認のうえ記入してください。 なお、認定疾病が原因となって併発した疾病についても証明してください。
- 2 ①~③の欄は、予防接種を受けたことによる疾病(認定疾病が原因となって併発した疾病を含む。以下同じ。) について医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 3 ④の欄は、予防接種を受けたことによる疾病名を記入してください。
- 4 ⑤の欄は、予防接種を受けたことによる疾病について、医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数及び入院 外診療実日数別に記入してください。
- 5 ⑥の予防接種医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分(免疫学的諸検査であって、医療保険対象外)及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。

(大)	事用 _
① 男 ② 女 生年月日 年	月 日
③ 現住所	
疾病名	
年月分 年月分 年月分 年月分 年月分	分 年 月分
⑤ 入 院 外 医療を受けた日数 診療実日数	B
入院日数日日日日	B
医療費	
6	円
患者負担額 内 訳	
特殊医 中 療費分 医療保険 世額分	円
上記のとおり、医療を行ったことを証明します。	
令和 年 月 日	
医療機関の名称	
	_

明

受

診

証

(A4)

予防接種健康

- 1 この受診証明書は、厚生労働大臣への予防接種健康被害認定申請手続きのためのものです。
- 2 ①~③の欄は、医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 3 ④の欄は、疾病名を記入してください。
- 4 ⑤の欄は、疾病について、医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数及び入院外診療実日数別に記入してください。
- 5 ⑥の医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分(免疫学的諸検査であって、 医療保険対象外)及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。

障害児養育年金請求書

① 個人番	号											章害児の 人番号)									
③ ふりか	ぶな										男	4)			年	月	日	⑤	害児	ح5		
氏	名										女	生年月							関係			
⑥ 現住	所																					
⑦ ふりか											男,	8						—		月		日
障害児 9	. 氏名										女	生年月	ㅂ									
障害児の	現住	所																				
	10 種	類										① 実施年	=月1	B			4	ŧ	•	月		日
受 け た 予防接種	① 実施	香										① 実施:	場所	ŕ								
	① 居住											•										
① ① 当該疾病							年		F	-		16 初め	て彭	〉。	たご	414						
初めて診けた年月	療を						干		,	7	日	た医及び	療機	鰕	でヌの名	称						
17)												<u> </u>										
経過及び 現況	恒吉	(0)																				
① 18 障害該当	年月	日									年	F	1		日							
19				有			ļ	胡	間			年		月 <i>t</i>	いら		年		F	まっ	で	
施設収容 及び施設		無		無			ħ	施設	名													
20				#± 0	児		+ =	= '	\I/			+			4	ŧ	F	から			źπ.	
特別児童		-		付力	של ני	里加	大 食		=			有		月客	湏			級		•	無	
当又は障 祉手当の				ر انگران	- IO +	= +11	エル	,							4	年	F	から			_	
有無				早亡	児礼	田仁	 	ı				有		月額	額			彩 円		•	無	
					_		ナ <i>ナ</i> ここ	الح=	こよ	る障	害につ	ついて、	障害			年金	の支			ナた・	ζ,	
必要書		添え		家し				_														
令	朴		年		月			日		請え	求者氏	名										
市田	丁木	न	長		殿																	
					私は	は、個	引人	番号	 をi	通じて	て自身	の税情	報を	提信	共す	ること	上に同	意し	します	;		
21)					申	請者	番	名 _											E	<u>[]</u>		
同意	欄				Z	人才	署名	, 1											印			
									者は・	代筆:	者が署	名し、代筆	者氏	名及	ひび国	医療を	受け <i>†</i>	:者と			記載)

(注 意)

- 1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、障害児の個人番号を記入してください。
- 2. ③~④及び⑥の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 3. ⑤の欄は、請求者と障害児との関係を記入してください。
- 4. ⑦~⑨の欄は、障害児の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 5. ⑩~⑭の欄は、障害の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
- (1)「⑩種類」は、ジフテリア等の対象疾病の種類及び定期、定期外又は臨時の別を「ジフテリア、定期(第1期 第1回)」、「〇〇〇、臨時」というように記入してください。
- (2)「⑪実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
- (3)「②実施者」は、実施に当たった市区町村長(受けた当時の居住地の市区町村長になります)等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、()の中にその医療機関の名称を記入してください。
- (4)「⑬実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
- (5)「個居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
- 6. ⑤及び⑥の欄は、障害の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及び所在地を記入してください。
- 7. ①の欄は、障害の状態となるまでの経過及び障害の現況を具体的に記入してください。
- 8. ⑱の欄は、障害の状態となった年月日を記入してください。
- 9. ⑬の欄は、重症心身障害児施設等の施設に入所している場合には「有」を、施設に入所していない場合には「無」を「〇」でかこんでください。また、入所している場合には、その期間及び施設名を記入してください。
- 10. ②の欄は、特別児童扶養手当等の支給に関する法律の規定による特別児童扶養手当又は障害児福祉手当の受給の有無を記入してください。

また、支給を受けている場合は、その額、等級及び支給を受けた期間を記入してください。

11. ②個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。

年金額変更請求書

① 個人番号	② 障害児の 個人番号				
③ ふりがな 氏 名		年	月		日
⑤ 現住所					
⑥ ふりがな 障害児氏名		年	月		日
8 障害児の現住所					
9	(種 類) 障害児養育年金 障害年金				
現に支給を受 けている年金	(等 級) 級				
40	(年金証書番号)				
⑩ 他の等級への 該当年月日	年 月 日				
⑪ 障害の程度が増 進するに至った 経過及び障害の 現況					
上記のとおり	、年金の額を変更されたく、必要書類を添えて請求します。				
令和	年 月 日 請求者氏名				
市町村	長 殿				
	私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに	こ同意	します。		
12	申請者署名		印		
同意欄	本人署名(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び医療を受けた	:者との約	<u>印</u> 続柄を記載	載)	

- 1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、障害児の個人番号を記入してください。
- 2. ③~⑤の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 3. ②、⑥~⑧の欄は、障害児養育年金の受給者のみ記入してください。
- 4. ⑨の欄は、現に支給を受けている障害児養育年金又は障害年金について、障害等級及び年金証書番号を記入してください。
- 5. ⑩の欄は、他の障害等級への該当年月日を記入してください。
- 6. ①の欄は、障害の程度が増進するに至った経過及び障害の現況を具体的に記入してください。
- 7. ②個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。

障害年金請求書

① 個人番	号																		
② ふりた	がな			1	<u> </u>					<u> </u>		—— 男	3						
氏	名											女	生年	月日		Í	Ŧ	月	日
④ 現住	所										-		⑤世帯				続柄		
	6												⑦	<u>名</u>					
, ,	<u>0</u>	頁											実施年	月日		ź	Ŧ	月	日
受 け た 予防接種	8												9						
1710月1女1主	<u>実</u> 加	他者	ī										実施場	·所					
	居任	主地	<u>h</u>																
11)													12						
当該疾病								年		月		日			を受け				
初めて診 た年月日	撩を	受り	7					+		Л		П	た医療及び所		ル石が				
13															•				
経過及で 現況	ド障 :	害(D																
(14)																			
障害該当	年月	日										年	F.		日				
(15) +⁄r ≡n. un ≈	-	_ 4		有	•			期	間]			年	月	から	年	J	目まて	3
施設収容 及び施設		月尹	#	· 無				施	設名	<u>,</u>									
	н			7111										•	———— 年	日	 から	<u> </u>	
				特	別	児園	童技	ŧ養=	手当	í			有		-	,,,	級	} •	無
													l	, F	額		円 .	J	
(16)				障	害	児	福	祉号	F ≚	á			有(•	年	月 <i>f</i>	から		
│ │特別児童	扶養	手		特	別	〕障	害	者号	F ≚	á			有〈				級	} •	無
当•障害!		.— .	f	福		祉		手	2	当			有し	月	額		円	J	
当、特別 手当、福		-													年	月7	から		
又は障害	-				_			-11 1					有〈				級	} •	無
金の受給	の有	無		煂	큳	를 <i>킬</i>	圣 '	礎 年	-	È					額		円	J	
													年金証	書の訂	己号番号				
(1 7)						(<u> </u>	多絵	- 年	 月 F		 年	 月		<u> </u>			
∭ 後遺症−	- 時 ﴿	÷σ			有	.]		等		_	級	-	•	•	級		無		
受給の有	-							S	ž	給	額				円				
							受け	たこ	とに	よる	る障'	害につ	ついて、『	障害年	金の支給	を受り	ナたく、	必要	
書類を 令和		(請水リ 年	ン ま		。 月		日											
	•		'			, ,					請才	者氏	:名						
市田	Д ;	村	長			殿													
(18)					7	私は	、個	国人番	号	を通	直じて	自身	の税情	報を提	供すること	に同	意しま	す。	
(18) 	欄					★	<u>- 1</u>	署名									Eſ	1	
, 1/2	- Hera				(×	-			(は代	:筆:	者が	 署名[代筆者F		医療を受け	た者と		_)

(注 意)

- 1. ①の欄は、請求者の個人番号を記入してください。
- 2. ②~④の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 3. ⑤の欄は、②に記入した者の属する世帯主の氏名及び続柄を記入してください。
- 4. ⑥~⑩の欄は、障害の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
 - (1)「⑥種類」は、ジフテリア等の対象疾病の種類及び定期、定期外又は臨時の別を「ジフテリア、定期(第1期 第1回)」、「〇〇〇、臨時」というように記入してください。
 - (2)「⑦実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
 - (3)「⑧実施者」は、実施に当たった市区町村長(受けた当時の居住地の市区町村長になります)等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、()の中にその医療機関の名称を記入してくださ
 - (4)「⑨実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
 - (5)「⑩居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
- 5. ①及び②の欄は、障害の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の 名称及び所在地を記入してください。
- ③の欄は、障害の状態となるまでの経過及び障害の現況を具体的に記入してください。
- 7. ⑭の欄は、障害の状態となった年月日を記入してください。
- 8. ⑤の欄は、重症心身障害児施設等の施設に入所している場合には「有」を、施設に入所していない場合には「無」を「〇」でかこんでください。また、入所している場合には、その期間及び施設名を記入してください。
- 9. ⑯の欄は、特別児童扶養手当等の支給に関する法律の規定による特別児童扶養手当(20歳未満)、障害児福祉手当(20歳未満)、特別障害者手当(20歳以上)、福祉手当(20歳以上)又は国民年金法の規定による障害基礎年金(20歳以上)の受給の有無について、記入してください。

また、これらの支給を受けている場合は、その額、等級及び支給を受けた期間を、障害基礎年金の支給を受けているときは、その年金証書の記号番号を記入してください。

- 10. ①の欄は、後遺症一時金の受給の有無を記入してください。 また、支給を受けたことがある場合は、受給年月日、等級及び受給額を記入してください。
- 11. ®個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。

死亡一時金請求書

① 個人番号			② 死1 の個ノ	二者 人番号										
③ ふりがな 氏 名			男女	④生年月日		年	月	日						
⑤ 現住所			•											
⑥ ふりがなエー者に名			男女	⑦ 生年月日		年	月	日						
死亡者氏名 8 種類	1			9 実 施 年月日		年	月	日						
受けた ① 予防接種 実施 ²				① 実施場所										
① 居住 [」]	也													
⑬当該疾病につ 初めて診療を受 た年月日	き け 年	月 日	受けた	て診療を 医療機関の び所在地										
⑤ 経過														
⑥ 死亡年月日	年	医療機関の名称 及び所在地 上												
18	氏 名	生年月日	続柄		現 住 所		_	備考						
遺族の状況														
							+							
⑨遺族の状況 について参考 となる事項														
│		有(年	月かり	5 年月	月まで) ・	無								
②) 後遺症一時金の 受給の有無	₽	受約	級 合額	年 月	日 級 円	無								
	り、予防接種を受けた えて請求します。	ことによる死	亡につい	ハて、死亡一	時金の支給 [:]	を受けたく	• •							
令和	年 月	日言	青求者氏	名										
市町村	長 殿													
② 同意欄	私は、個. 本人署	人番号を通じ そ名	て自身の	の税情報を提	供することに		す。 印							
	インハイ	- <u> </u>					<u> </u>							

(注意)

- 1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
- 2. ③~⑤の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 3. ⑥及び⑦の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
- 4. ⑧~⑰の欄は、死亡の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
 - (1)「⑧種類」は、ジフテリア等の対象疾病の種類及び定期、定期外又は臨時の別を「ジフテリア、定期(第1期第1回)」、「〇〇〇、臨時」というように記入してください。
 - (2)「⑨実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
 - (3)「⑪実施者」は、実施に当たった市区町村長(受けた当時の居住地の市区町村長になります)等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、()の中にその医療機関の名称を記入してください。
 - (4)「⑪実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
 - (5)「⑰居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
- 5. ③及び④の欄は、死亡の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及び所在地を記入してください。
- 6. ⑤の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
- 7. ⑯及び⑪の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際診療を受けていた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
- 8. 18の欄は、死亡者の遺族の状況を記入してください。
- 9. ⑩の欄は、遺族について参考となる事項があれば、記入してください。
- 10. ②の欄は、死亡した者の障害年金の受給の有無について、記入してください。また、支給を受けていた場合は、その支給を受けていた期間を記入してください。
- 11. ②の欄は、後遺症一時金の受給の有無を記入してください。また、支給を受けたことがある場合は、受給年月日、等級及び受給額を記入してください。
- 12. ②個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。
- 13. 支給を受けるべき者が2人以上あるときは、連名で請求するようにしてください。

葬祭料請求書

① 個人番号		② 死亡者 の個人番号		
③ ふりがな 氏 名		男 ^④ 女 生年月日	年	三月 日
⑤ 現住所		⑥ 死亡した 者との関係		
⑦ ふりがな死亡者氏名		男 8 生年月日	年	月 日
(9) 種類		⑩ 実施年月日	年	月 日
受けた 予防接種 実施者		⑪ 実施場所		
13 居住地			1	
④ 当該疾病につき 初めて診療を受けた年月日	年 月	⑤ 初めて診療日 けた医療機名称及び所	関の	
⑥ 経 過				_
① 死亡年月日	年 月	18死亡の当時 療を受けてい 医療機関の名 及び所在地	た	
⑨申請者が葬祭を 行う年月日又は 行った年月日	年 月	B		
上記のとおり、 を添えて請求しま	予防接種を受けたことによる死™ ∶す。	 ニについて、葬祭料 <i>の</i>		く、必要書類
令和 4	年 月 日 請?	求者氏名		
市町村長	曼 殿			
20	私は、個人番号を通じて	て自身の税情報を提供	供することに同え	意します。
同意欄	本人署名			卸

- 1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
- 2. ③~⑤の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 3. ⑥の欄は、請求者と死亡者との関係を記入してください。
- 4. ⑦及び⑧の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
- 5. ⑨~⑬の欄は、死亡の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
 - (1)「⑨種類」は、ジフテリア等の対象疾病の種類及び定期、定期外又は臨時の別を「ジフテリア、定期 (第1期第1回)」、「〇〇〇、臨時」というように記入してください。
 - (2)「⑩実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
 - (3)「⑪実施者」は、実施に当たった市区町村長(受けた当時の居住地の市区町村長になります)等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、()の中にその医療機関の名称を記入してくださ
 - (4)「⑪実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
 - (5)「⑬居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
- 6. ④及び⑮の欄は、死亡の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及び所在地を記入してください。
- 7. ⑥の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
- 8. ①及び®の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際診療を受けていた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
- 9. ⑲の欄は、葬祭を行う年月日、又は行った年月日を記入してください。
- 10. ②個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。

未支給給付請求書

① 個人	番号									② 死 の個ノ	亡者 人番号								
③ 、 、 氏	りがな 名	I								男女	④ 生年	F月日			•	年		月	E
	住 所																		
⑥ 支給	前死亡 身分関																		
+ 4A **	⑦ふり 氏:									男女	8 生生	∓月日	1			年		月	日
支給前 死亡者	(9) 外1	二時 主所																	
	⑪死t 年	亡 月日								年	月		日						
①未支達 種類	給の給 及びそ																		
	記のと を添え				こよる	健康	被害	:(に関	関す	る給付	けのうち	5、未3	支給	分の	支給	を受	けた	:〈、必	要
	令和		年	J	月	E	3	i	請え	求者氏	名								
市	町	村 :	長	屏	艾														
12				私	は、	個人都	子で	を通	じて	〔自身	の税情	報を打	是供 [·]	するこ	-الح	同意	tしま	きす。	
同	意欄				;	本人署	名											印	

(A4)

- 1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
- 2. ③~⑤の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 3. ⑥の欄は、請求者と死亡者との関係を記入してください。
- 4. ⑦~⑩の欄は、死亡者の氏名、性別、生年月日、死亡時の住所、及び死亡年月日を記入してください。
- 5. ①の欄は、未支給の給付の種類及びその額を記入してください。
- 6. ②個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。

障害年金請求書

① 個人	番号	= -																		
② ふ ^い 氏	りがな	ì 名										男女	③ 生年.	月日			年	J	月	日
④ 現	住 月	沂											⑤世 氏					続柄		
受 け <i>f</i>	6	種類											⑦ 実施 ^红	∓月日			年	J	月	日
予防接利	重 8) 実施者											9 実施	場所						
) 居住地	ļ																	
① 当該疾 初めて けた年	診療	を受					年			月		日	けた		療を受 幾関の 折在地					
① 経過及 現況	.び障	害の														•				
(4) 障害該	当年	月日										年	j	1	日					
15 施設収	突の)有無		有			;	期	間				年	F	から	年	•	F	まで	
及び施				無			,	施訂	殳名	İ										
		とおり て請す			種を	受け	けた		:1=	よる	障:	害につ	ついて、	障害年	₣金の支	給を受	受け	ナたく、᠈	必要書	
	令和		年		F.			日		=	生七	大 者氏	· 夕							
市	町	村	長		殿					Ē	1 月 7	八日八	, 1							
(16)					私は	は、個]人:	番号	号を	通(じて	自身	の税情	報を摂	農供する	ことに	同	意します	t.	
_	意欄					本人 自署		-	\者(は代	筆者	舌が署?	名し、代領	音者氏名	る及び医療	を受け	ナニキ	<u>印</u> 者との続		哉)

(A4)

- 1. ①の欄は、請求者の個人番号を記入してください。
- 2. ②~④の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 3. ⑤の欄は、②に記入した者の属する世帯主の氏名及び続柄を記入してください。
- 4. ⑥~⑩の欄は、障害の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
- (1)「⑥種類」は、インフルエンザ、肺炎球菌感染症等の対象疾病の種類を記入してください。
- (2)「⑦実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
- (3)「⑧実施者」は、実施に当たった市区町村長(受けた当時の居住地の市区町村長になります)等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、()の中にその医療機関の名称を記入してください。
- (4)「⑨実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
- (5)「⑩居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
- 5. ⑪及び⑫の欄は、障害の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及び所在地を記入してください。
- 6. ③の欄は、障害の状態となるまでの経過及び障害の現況を具体的に記入してください。
- 7. 個の欄は、障害の状態となった年月日を記入してください。
- 8. ⑤の欄は、重症心身障害児施設等の施設に入所している場合には「有」を、施設に入所していない場合には「無」を「〇」でかこんでください。また、入所している場合には、その期間及び施設名を記入してください。
- 9. 16個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。

年金額変更請求書

① 個人番号												
② ふりがな 氏 名	男 3 女 生年月日											
④ 現住所												
⑤ 現に支給を受けている年金	(等 級) 級 (年金証書番号)											
⑥ 他の等級への 該当年月日	年 月 日											
⑦ 障害の程度が増進 するに至った経過 及び障害の現況												
上記のとおり、年金の額を変更されたく、必要書類を添えて請求します。												
令和 · · · · ·	年 月 日 請求者氏名											
市町村	長 殿											
8 同意欄	私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。 本人署名 (※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び医療を受けた者との続柄を記載)											

(A4)

- 1. ①の欄は、請求者の個人番号を記入してください。
- 2. ②~④の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 3. ⑤の欄は、現に支給を受けている障害年金について、障害等級及び年金証書番号を記入してください。
- 4. ⑥の欄は、他の障害等級への該当年月日を記入してください。
- 5. ⑦の欄は、障害の程度が増進するに至った経過及び障害の現況を具体的に記入してください。
- 6. ⑧個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。

遺族年金 請求書遺族一時金

① 個人番号			② 死 の個丿										
③ ふりがな氏 名			男女	④ 生年月日	3		年	月	日				
⑤ 現住所			1	⑥死亡者。 の身分関・									
⑦ ふりがな 死亡者氏名			男女	8 生年月日	3	月	日						
9 種類				⑩実 施 年月日			年	月	日				
受 け た 予防接種 ③ ③				⑫ 実施場所	ŕ								
居住地 (小当該疾病につき 初めて診療を受け た年月日		月 日	受けた	て診療を 医療機関 び所在地	の								
16 経過													
① 死亡年月日	年	月 日	診療を 医療機	⑱死亡の当時 診療を受けていた 医療機関の名称 及び所在地									
⑨施設収容の 有無及び施設名		間 設名	;	年 月 /	から	年	月	まで					
20	氏 名	生年月日		死亡者と 現住所 備者									
遺族の状況													
②死亡者と 請求者との	1 同居 死亡者が請求者 「全額負担 2 一部負担 2 同居していない の生活費を 3 負担なし												
生計維持関係	その他参考となる	5事項:				-							
②障害年金受給の有無	;	有 (年	月から	ら 年	月まで	• •	無						
上記のとおり、予防接種を受けたことによる死亡について、遺族年金・遺族一時金の支給を受けたく、 必要書類を添えて請求します。 令和 年 月 日													
市町村	長 殿		請求者日	√ ሰ 									
(3)	私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。												
同意欄	本人署	本人署名											

(注意)

- 1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
- 2. ③~⑤の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 3. ⑥の欄は、夫、妻など死亡者との具体的関係を記入してください。
- 4. ⑦及び⑧の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
- 5. ⑨~⑬の欄は、死亡の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
 - (1)「⑨種類」は、インフルエンザ、肺炎球菌感染症等の対象疾病の種類を記入してください。
 - (2)「⑩実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
 - (3)「⑪実施者」は、実施に当たった市区町村長(受けた当時の居住地の市区町村長になります)等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、()の中にその医療機関の名称を記入してください。
 - (4)「⑪実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
 - (5)「③居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
- 6. ⑭及び⑮の欄は、死亡の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及び 所在地を記入してください。
- 7. ⑥の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
- 8. ⑪及び⑱の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際診療を受けていた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
- 9. ⑨の欄は、重症心身障害児施設等の施設に入所している場合には「有」を、施設に入所していない場合には「無」を「〇」 でかこんでください。また、入所している場合には、その期間及び施設名を記入してください。
- 10. ⑳の欄は、死亡者の遺族の状況を記入してください。
- 11. ②の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について、該当するものを「〇」でかこみ、同居の場合には、さらに()内の該当するものを「〇」でかこんでください。

また、その他参考となる事項があれば記入してください。

- 12. ②の欄は、死亡した者の障害年金の受給の有無について、記入してください。また、支給を受けていた場合は、その支給を受けていた期間を記入してください。
- 13. ②個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。
- 14. 支給を受けるべき者が2人以上あるときは、連名で請求するようにしてください。

遺族年金請求書 (胎児用)

① 個人番号							_	E亡者 人番号										
③ ふりがな氏 名							男女	④ 生年	月日					年		月		П
⑤ 現住所								<u> </u>										
⑥ 死亡者との 身分関係																		
⑦ ふりがな 死亡者氏名							男 女	8 生年	月日					年		月		日
⑨死亡者が死亡の 当時有していた 住所								10 死亡:	年月日	3				年		月		日
11)	氏	; 名	生	年月日		⑦の死亡 者との 現住所 身分関係						年金証書番号 個人番号						
既に遺族年金の 支給決定を受けて いる遺族																		
上記のとおり、予防接種を受けたことによる死亡について、遺族年金の支給を受けたく、 必要書類を添えて請求します。 令和 年 月 日 請求者氏名																		
市町村	長	殿						-										
私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。																		
															E	<u>[]</u>		
① 同意欄																		
川心水側																		
																<u>:D</u> : <u>D</u>		

- 1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
- 2. ③~⑤の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 3. ⑥の欄は、長男、次男などの死亡者との具体的関係を記入してください。
- 4. ⑦及び⑧の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
- 5. ⑨及び⑩の欄は、死亡者が死亡の当時有していた住所、死亡年月日を記入してください。
- 6. ⑪の欄は、死亡者について、既に遺族年金の支給を受けている遺族について記入してください。
- 7. ②個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。

遺族年金請求書(後順位者用)

① 個人番号			② 死 の個人				
③ ふりがな			···· 男	④ 生年月日	<u> </u>	年 月	日
氏名			女				
⑤ 現住所							
⑥ 死亡者との 身分関係							
⑦ ふりがな 死亡者氏名			··· 男 女	8 生年月日		年 月	目
⑨死亡者が死亡の 当時有していた 住所			•	⑪ 死亡年月日		年 月	日
11)	氏 名	生年月日	⑦の死亡 との身分队		現住	所	
遺族の状況							
12	氏 名	生年月日	死亡年月	H I	この当時 こいた住所	年金証書	
遺族年金を受ける ことができた先順位							
者の状況							
①死亡者と	1 同居 2 同居してU	17711		 が請求者 活費を	1 全額負担 3 負担なし	2 一部負	担
請求者との 生計維持関係	その他参考とな			ル 央 C 			
上記のとおり 必要書類を添え 令和	、予防接種を受け とて請求します。 年 月	けたことによる 日	死亡につ	いて、遺族年	金の支給を受け	<i>††</i> -<.	
市町村	長 殿		請求者氏	氏名			
(14)		固人番号を通	じて自身の	の税情報を提	供することに同	 意します。	
同意欄	本人	、署名				印	

- 1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
- 2. ③~⑤の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 3. ⑥の欄は、長男、次男などの死亡者との具体的関係を記入してください。
- 4. ⑦及び⑧の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
- 5. ⑨及び⑩の欄は、死亡者が死亡の当時有していた住所、死亡年月日を記入してください。
- 6. ⑪の欄は、請求者以外の遺族年金を受けることができる遺族について記入してください。
- 7. ②の欄は、②の死亡者の死亡に関して遺族年金の支給を受けることができた先順位の遺族について記入してください。
- 8. ⑬の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について、該当するものを「〇」でかこみ、同居の場合には、さらに()内の該当するものを「〇」でかこんでください。
 - また、その他参考となる事項があれば記入してください。
- 9. ⑭個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。

遺族一時金請求書 (差額一時金用)

① 個人番号			② 死 の個人				
③ ふりがな			男	④ 生年月日		年 月	日
氏名			女				
⑤ 現住所							
⑥ 死亡者との 身分関係							
⑦ ふりがな 死亡者氏名			···· 男 女	8 生年月日	:	年 月	目
⑨死亡者が死亡の 当時有していた 住所				⑪ 死亡年月日	-	年 月	目
1	氏 名	生年月日	⑦の死亡 との身分員		現 住	所	
遺族の状況							
12	氏 名	生年月日	死亡年月	H I	この当時 こいた住所	年金証書	
遺族年金を受けて いた者の状況							
③死亡者と請求	1 同居	. 4.1 -		 が請求者 ## # #		2 一部負	担
者との生計維持 関係	2 同居してい その他参考とな		の生活	費を	3 負担なし		
上記のとおり 必要書類を添え	、予防接種を受け とて請求します。	けたことによる	死亡につ	いて、遺族一時	寺金の支給を予	対たく、	
令和	年 月	日	≘≢ } ≠ r	r &			
市町村	長 殿		請求者氏	√ 1□			
14)	私は、化	 固人番号を通	じて自身の	の税情報を提	供することに同	<u> </u>	
同意欄	本人	、署名				印	

- 1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
- 2. ③~⑤の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 3. ⑥の欄は、長男、次男などの死亡者との具体的関係を記入してください。
- 4. ⑦及び⑧の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
- 5. ⑨及び⑩の欄は、死亡者が死亡の当時有していた住所、死亡年月日を記入してください。
- 6. ⑪の欄は、請求者以外の遺族年金を受けることができる遺族について記入してください。
- 7. ⑫の欄は、⑦の死亡者の死亡に関して遺族年金の支給を受けていた遺族について記入してください。
- 8. ⑬の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について、該当するものを「〇」でかこみ、同居の場合には、さらに()内の 該当するものを「〇」でかこんでください。
 - また、その他参考となる事項があれば記入してください。
- 9. ⑭個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。

葬祭料請求書

① 個人都	备号										正亡者 人番号									
③ ふり	がな									男	4									
氏	名									女	生年月] ———				年 ——		月		日
⑤ 現 信	三所										⑥ 死亡者との									
⑦ ふりぇ										男	8	_				_		_		
死亡者										女	生年	月日				年		月		日
	9 種類										⑪ 実施年	月日				年		月		日
受 け た 予防接種	① 実施者	耆									⑫ 実施場	易所								
	① 居住均	<u>t</u>																		
4 当該疾 初めて	病につ					年		月		日	⑮初め けた		療を 機関							
けた年						•							所在							
¹⁶ 経	過																			
小工																				
1											18死亡 療を受									
死亡年	月日					年		月		日	原で支 医療機 及び所	関の								
19申請者							_		_	_		<u> </u>								
行った。	月日又に 年月日	*				í	Ŧ		月	E	d									
	!のとお! て請求し			を受	きけ	たこ。	とに。	よる	死τ	こにつ	いて、葬	祭料	の支	給を	·受l	ナたく	〈、必	要	書類	
令	和	年		月		E	3	į	請え	求者氏	名									
市田	丁 村	長		殿																
20			;	私は	、個	国人都	号	を通	じて	〔自身(の税情報	を提	:供す	るこ	:اح	二同意	意しる	ます。	,	
同意	欄																			
					本	人署	名											E	<u>D</u>	

- 1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
- 2. ③~⑤の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 3. ⑥の欄は、請求者と死亡者との関係を記入してください。
- 4. ⑦及び⑧の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
- 5. ⑨~⑬の欄は、死亡の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
- (1)「⑨種類」は、インフルエンザ、肺炎球菌感染症等の対象疾病の種類を記入してください。
- (2)「⑩実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
- (3)「⑪実施者」は、実施に当たった市区町村長(受けた当時の居住地の市区町村長になります)等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、()の中にその医療機関の名称を記入してください。
- (4)「⑪実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
- (5)「③居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
- 6. ⑭及び⑮の欄は、死亡の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の 名称及び所在地を記入してください。
- 7. ⑯の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
- 8. ①及び⑱の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際診療を受けていた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
- 9. ⑲の欄は、葬祭を行う年月日、又は行った年月日を記入してください。
- 10. ②個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に 必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。

新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済等に関する特別措置法等の施行について(平成21年12月4日付け健発1204第5号厚生労働省健康局長通知)関係

① ふ り 氏	が な 名			男 女	② 生	年 月	B	年	月	日
③ 現 住	所				4 世	带主氏	名		続柄	
	種 類	新型	インフルエンザ		⑤ 実	施年月	日	年	月	日
受けた 予防接種	() 是施市区町村				⑦ 実	施場所				
(8)	部 居住地									
⑨ 医療保険等	等の種類	健保、国保	、その他()	(組	保険者 合員本 扶養者 <i>の</i>	人)	本人	被打	夫養者
⑪ 医療を受けた の名称及び所										
				1						T
⑫ 医康夫妥(↓ ↓↓□ ₩b			月分			月分		月分	
医療を受り) たロ奴	入院外 診療実日		B			日		日	
		入院日数		日			日		日	
① 看護移送等 はその内容										
			予	防	接	種	医療	費		
14)								円		
患者負	担額				内		訳	1		
		特殊医 療費分			円	医療保 己負担	∖険等自 額分			円
⑤ 医療手当	i請求額									円
上記の	とおり、予	防接種を受け	たことによる疾	病につ	いて、	医療費	・医療●	手当の支給	を受ける	たく、
必要書類	質を添えて請	求します。								
令和	年	月	日語。	 大者氏:	Ż					
厚生	三労 働 大	: 臣 原	np /	N D W	н					

- ①~③欄は、予防接種を受けたことによる疾病について医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住 所を記入してください。
- 2 ④の欄は、1の医療を受けた者の属する世帯主の氏名及び続柄を記入してください。
- 3 ⑤~⑧の欄は、健康被害の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
 - (1)「⑤実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
 - (2) 「⑥実施市町村」は、 当該予防接種を受けた医療機関の所在する市区町村を記入してください。 (3) 「⑦実施場所」は、 当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。

 - (4) 「⑧居住地」は、 当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
 - ⑨及び⑩は1に記入した者又はその者を扶養する者の加入している医療保険等について、次により記入してください。
 - (1) ⑨の欄は、健康保険、国民健康保険、その他の該当するものを「〇」でかこみ、その他に該当するとき は、()に種類を記入してください。
 - (2) ⑩の欄は、①に記入した者が被保険者又は組合員本人であるか、被扶養者であるかの別を「〇」でかこ んでください。
- 5 ①の欄は、請求に係る疾病について医療を受けた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
- 6 ⑫の欄は、医療手当の請求に係る医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数又は入院外診療日数別に 記入してください。
- 7 ⑬の欄は、看護、移送を行った時は、その状況及び医療保険で当該給付を受けたか否かの別を記入してください
- 8 ⑭の予防接種医療費の欄は、 医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分(免疫学的諸 検査であって、医療保険対象外であるもの。)及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。
- 9 ⑤の欄は、医療手当の請求額を記入してください。
- 10 医療手当のみの請求の場合は、⑨、⑩、⑬及び⑭の欄の記載は不要です。

受 診 証 明 書

予防接種健康 被害認定申請用

① ふりがな		男 女	② 生	年月日	年	月	日
③ 現 住 所							
疾病名							
		月分		月分	}	月分	
5 医療を受けた日数 診	院 外 療実日数	日		E	∃	П	
Д	院日数	日		E	∃	П	
		予 防	接積	重 医 療 費			
6							円
患者負担額		ل]	訳			
	朱医 貴分		円	医療保険等 己負担額分	自		田
上記のとおり、予防接	種を受けた	ことによる疾病に	ついて	(医療を行った	たことを証明	月します。	
令和 年	月	日					
		医療機関の	名称				
		所 在	地				
		開設者の	氏名				

(A4)

- 1 この受診証明書は、厚生労働大臣への予防接種健康被害認定申請手続きのためのものです。
- 2 ①~③の欄は、医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 3 ④の欄は、疾病名を記入してください。
- 4 ⑤の欄は、疾病について、医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数及び入院外診療実日数別に記入してください。
- 5 ⑥の医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分(免疫学的諸検査であって、 医療保険対象外であるもの)及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。

受診証明書

① ふりがな 氏 名			男女	② 生年月	B	年	月	B
③ 現 住 所								
④ 予防接種を受けたことによる疾病の名称								
			月分		月分		月分	
⑤ 医療を受けた日数	入院外 診療実日数		日		日		日	
	入院日数		日		日		日	
		予	防	接種	医 療	費		
6							円	
患者負担額				内	訳			
	特殊医 療費分				療保険等 負担額分	自		円
上記のとおり、予防技	妾種を受け <i>†</i>	ことによる疾	病につ	いて医療	きを行った	ことを	証明します。	0
令和 年	月	日						
		医療機	関の名	称				
		所	在	地				
		開設者	の氏	名				

(A4)

- 1 予防接種被害者健康手帳により、認定疾病名を確認のうえ記入してください。
- 2 ①~③の欄は、予防接種を受けたことによる疾病(認定疾病が原因となって併発した疾病を含む。以下同じ。) について医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 3 ④の欄は、予防接種を受けたことによる疾病名を記入してください。
- 4 ⑤の欄は、予防接種を受けたことによる疾病について、医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数及び入院 外診療実日数別に記入してください。
- 5 ⑥の予防接種医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分(免疫学的諸検査であって、医療保険対象外)及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。

障害児養育年金請求書

^① ふりが 氏	な名			男 女	② 生年月日	年	月	」児	〕障害 引との 関係
③ 現 住	所								4 1010
⑤ ふりが障害児	が な 氏名				⑥ 生年月日		年	月	日
⑦ 障害児の現	住所								
	種類	新	型インフルエ	ンザ	⑧ 実施年月	∃日	年	月	1 1
受けた 予防接種 実施	拖市区町村				⑪ 実施場	·所			
11)	居住地				•	•			
① 当該疾病に て診療を受 日	こつき初め けた年月	:	年 月	B	③ 初めて 療機関 在地	∵診療を弱 の名称』	受けた医 及び所		
⑭ 経過及び障	害の現況								
① 障害該当:	年月日				年	月	日		
16		有	期間		年	月から	, ź	Ŧ	月まで
施設収容 <i>0</i> び施設名)有無及	無	施設名						
			きけたことに。	よる障害にて	ついて、障	害児養育	育年金の	支給を	受けたく、
必要書類	を添えて請	求します。							
令和	年	月	日						
				請求者氏	名				
厚生	労働	大臣	殿						

(A4)

- 1 ①、②及び④の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 2 ③の欄は、請求者と障害児との関係を記入してください。
- 3 ⑤~⑦の欄は、障害児の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 4 ⑧~⑪の欄は、障害の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
- (1)「⑨実施市区町村」は、当該予防接種を受けた医療機関が所在する市区町村を記入してください。
- (2)「⑩実施場所」は、予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
- (3)「⑪居住地」は、予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
- 5 ①及び③の欄は、障害の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及び所在地を記入してください。
- 6 個の欄は、障害の状態となるまでの経過及び障害の現況を具体的に記入してください。
- 7 ⑤の欄は、障害の状態となった年月日を記入してください。
- 8 ⑯の欄は、重症心身障害児施設等の施設に入所している場合には「有」を、施設に入所していない場合には「無」を「○」でかこんでください。また、入所している場合には、その期間及び施設名を記入してく

障害年金請求書

1 3	りがな			男	2				
氏	名			女	生年月日		年	月	日
③ 現	住 所				④ 世帯主氏名			続柄	
受けた	種 類	新	型インフルエン	ノザ	⑤ 実施年月	∃	年	月	日
予防接種	⑥ 実施市区町村				⑦ 実施場所				
	8 居住地								
	につき初め 受けた年月日		年 月		⑩ 初めて診療 た医療機関 及び所在地	の名称			
① 経過及び	障害の現況								
① 障害該当	4年月日				年 月	日			
① 施設収容 施設名	序の有無及び	有 • 無	期 間施設名		年	月から	年	月	まで
	このとおり、予覧 を添えて請求し		さけたことによ	る障害につ	ついて、障害:	年金の支	給を受し	ナたく、必	多要
令利	年 年	月	日	請求者氏	· 夕				
厚点	主 労 働 大丨	臣 丿	段	明小石以	• 1 1				

(A4)

- 1 ①~③の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入して下さい。
- 2 ④の欄は、①に記入した者の属する世帯主の氏名及び続柄を記入してください。
- 3 ⑤~⑧の欄は、障害の原因となった予防接種について次のように記入してください。
 - (1)「⑤実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
 - (2)「⑥実施市区町村」は、当該予防接種を受けた医療機関の所在する市区町村を記入してください。 (3) 「⑦実施場所」は、予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。

 - (4) 「⑧居住地」は、予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
- 4 ⑨及び⑩の欄は、障害の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月 日並びにその医療機関の 名称及び所在地を記入してください。
- 5 ⑪の欄は、障害の状態となるまでの経過及び障害の現況を具体的に記入してください。
- 6 ⑫の欄は、障害の状態となった年月日を記入して下さい。

障害児養育年金 年金額変更請求書 障 害 年 金

① ふりがな 氏 名		— 男 女	② 生 ^生	羊月日	年	月	日
③ 現 住 所							
④現に支給を受けている年金	(等 級) (年金証書番号)		級				
⑤ 他の等級への該当 年月日			年	月	日		
⑥ 障害の程度が変化するに至った経過及び障害の現況							
上記のとおり、	年金の額を変更	[されたく、	必要書類	質を添えて	請求します		
令和 年	月 日	請求者氏	名				
厚 生 労 働 フ	大臣 殿						

(A4)

- 1 ①~③の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入して下さい。
- 2 ④の欄は、現に支給を受けている障害年金について、障害等級及び年金証書番号を記入して下さい。
- 3 ⑤の欄は、他の障害等級への該当年月日を記入して下さい。
- 4 ⑥の欄は、障害の程度が変化するに至った経過及び障害の現況を具体的に記入して下さい。

遺族年金 請求書遺族一時金

① ふ 氏	りが	な 名					男女	② 生年月1	B			年	月		日
③ 現	 住	 所													
(4)	<u></u> よの身														
⑤ ふ	り が 君氏	な					男女	⑥ 生年月I	B			年	月		日
	種	類		新型イ	ンフルエン	ノザ		⑦実 施 年月日				年	月		日
受 け た 予防接種	8 実施市	区町村						9 実施場所							
1 KJ 12 E	⑩ 居信	主地													
⑪当該疾て診療を			年	Ξ	月 日		受けた	て診療を 医療機関 び所在地							
①経		過													
① 死 亡	年月	B	年	Ξ	月日	3	診療を	の当時 受けてい 関の名称 在地							
⑯施設収 有無及	容の び施設4	名	有 • 無		期 間施設名			年	月	から	4	Ŧ	月ま	で	
11)			氏	名	生年月日	3	⑦の死 の身分	亡者と 関係		現	住序	折		備者	Š
遺族の状	況														
18 死亡者 生計維:		者との		同居 同居し	ていない		死亡者: の生活:	が請求者 費を			:額負i !担なし		一部:	負担	
19障害年:		カ右無	その	他参考	きとなる事項	項:									
1914日十二	亚文和《	グ円 無			有(左	F 月:	から	年	月まで	• (無			
必要書				(※遺	:ことによる :族年金と; 日	遺斿	美一時金	さのうち、言			_				
厚生	労 働	大 臣	<u> </u>	段		āī	青求 者日	5治							

- 1 ①~③欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 2 ④の欄は、夫、妻などの死亡者との具体的関係を記入して下さい。
- 3 ⑤及び⑥の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入して下さい。
- 4 ⑦~⑩の欄は、死亡の原因となった予防接種について次のように記入してください。
 - (1) 「⑦実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入して下さい。
 - (2) 「⑧実施市区町村」は、 当該予防接種を受けた医療機関の所在する市区町村を記入してください。
 - (3) 「⑨実施場所」は当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
 - (4) 「⑩居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
- 5 ①及び②の欄は、死亡の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及びその所在地を記入してください。
- 6 ③の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
- 7 ⑭及び⑮の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際受けていた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
- 8 ⑯の欄は、重症心身障害者施設等の施設に入所している場合には「有」を、施設に入所していない場合には施設に入所していない場合には「無」を「〇」でかこんで下さい。また、入所している場合には、その期間及び施設名を記入してください。
- 9 ⑪の欄は、死亡者の遺族の状況を記入してください。
- 10 ®の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について該当するものを「〇」でかこみ、同居の場合には、さらに []]内の該当するものを「〇」でかこんでください。
 - また、 その他参考となる事項があれば記入してください。
- 11 ⑨の欄は、死亡した者の障害年金の受給の有無について記入してください。
- 12 支給を受けるべき者が2人以上あるときは連名で請求するようにしてください。

遺族年金請求書 (胎児用)

 ふりがな 氏 名 				男女	② 生年月日	:	年	月	日
③ 現住所									
④ 死亡者との 身分関係									
⑤ ふりがな 死亡者氏名				男 女	⑥ 生年月日	:	年	月	日
⑦ 死亡者が死亡 の当時有してい た住所					⑧ 死亡年月日		年	月	日
9	氏 名	生年月日	⑦の死 者との 身分関)	現住	所	ź	丰金証書都	号
既に遺族年金の 支給決定を受けて いる遺族									
上記のとおり 必要書類を添え			による死	亡につ	いて、遺族年	金の支給を受り	ナたく	ζ.	
令和 市 町 村	年 月 長 殿	日	Ē	青求者氏	氏名				

(A4)

- 1 ①~③の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 2 ④の欄は、長男、次男などの死亡者との具体的関係を記入してください。
- 3 ⑤及び⑥の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
- 4 ⑦及び⑧の欄は、死亡者が死亡の当時有していた住所、死亡年月日を記入してください。
- 5 ⑨の欄は、死亡者について、既に遺族年金の支給を受けている遺族について記入してください。

遺族年金請求書 (後順位者用)

① ふりがな氏 名			男	2 4	E年月日		年	月	日
③ 現住所									
④ 死亡者との 身分関係									
⑤ ふりがな 死亡者氏名		·· 男 女	© ^{‡†}	⑥ 生年月日			月	日	
⑦死亡者が死亡の 当時有していた 住所					亡年月日	:	年	月	日
9	氏 名	生年月日	⑤の死亡 との身分関			現 住 所			
遺族の状況									
10	氏 名	生年月日	死亡年月	日	死亡 有して	年	年金証書番号		
遺族年金を受ける ことができた先順位									
者の状況									
⑪死亡者と 請求者との	1 同居 2 同居してU	死亡者が請求者 1 全額負担 2 一部負担 の生活費を 3 負担なし						1	
生計維持関係	その他参考となる事項:								
上記のとおり、予防接種を受けたことによる死亡について、遺族年金の支給を受けたく、 必要書類を添えて請求します。 令和 年 月 日									
	請求者氏名								
厚生労働大臣 殿									

(A4)

(注 意)

- 1 ①~③の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 2 ④の欄は、長男、次男などの死亡者との具体的関係を記入してください。
- 3 ⑤及び⑥の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
- 4 ⑦及び⑧の欄は、死亡者が死亡の当時有していた住所、死亡年月日を記入してください。
- 5 ⑨の欄は、請求者以外の遺族年金を受けることができる遺族について記入してください。
- 6 ⑩の欄は、⑤の死亡者の死亡に関して遺族年金の支給を受けることができた先順位の遺族について記入してください。
- 7 ①の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について、該当するものを「〇」でかこみ、同居の場合には、さらに()内の該当するものを「〇」でかこんでください。

また、その他参考となる事項があれば記入してください。

遺族一時金請求書 (差額一時金用)

① ふりがな氏 名			男	② 生	E年月日	:	年	月	日
③ 現住所			<u>l</u>						
④ 死亡者との 身分関係									
⑤ ふりがな 死亡者氏名		男	⑥ 生	生年月日			月	日	
⑦死亡者が死亡の当 時有していた住所					亡年月日	:	年	月	日
9	氏 名	生年月日	日 ②の死亡者 現 の身分関係			現 住	所		
od: 1/ - 1/: >=									
遺族の状況 									
12	氏 名	生年月日	死亡年月日		死亡の当時 有していた住所		年金証書番号		号
キャケヘナ あいてい									
遺族年金を受けていた た者の状況									
③死亡者と請求	1 同居	死亡者が請求者 1 全額負担 2 一部負担							
者との生計維持	2 同居して	の生活	費を	<u></u>	(3 負担なし	· 		<u> </u>	
	関係 その他参考となる事項:								
上記のとおり、予防接種を受けたことによる死亡について、遺族一時金の支給を受けたく、 必要書類を添えて請求します。									
令和	年 月	日	註光本口	C &					
市町村!	長 殿		請求者日	石					

(A4)

(注 意)

- 1 ①~③の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 2 ④の欄は、長男、次男などの死亡者との具体的関係を記入してください。
- 3 ⑤及び⑥の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
- 4 ⑦及び⑧の欄は、死亡者が死亡の当時有していた住所、死亡年月日を記入してください。
- 5 ⑨の欄は、請求者以外の遺族年金を受けることができる遺族について記入してください。
- 6 ⑩の欄は、⑤の死亡者の死亡に関して遺族年金の支給を受けていた遺族について記入してください。
- 7 ⑪の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について、該当するものを「〇」でかこみ、同居の場合には、さらに()内の該当するものを「〇」でかこんでください。

また、その他参考となる事項があれば記入してください。

葬祭 料請 求書

① ふり;	がな			男	2				
氏	名			女	生年月日		年	月	日
3 現 伯	主所				④ 死亡した 者との関係				
⑤ ふり7 死亡者	がな			男女	⑥ 生年月日		年	月	日
	種 類	新型イン	ノルエンザ		⑦ 実施年月日		年	月	日
受 け た 予防接種	7				9 実施場所	_			
	⑪ 居住地								
① 当該疾病につき 初めて診療を受 けた年月日		年	月	日	⑩ 初めて診 けた医療を 名称及び	機関の			
③ 経	過					_			
① 死亡年	F月日	年	月	目	⑤死亡の当日 療を受けてい 医療機関の 及び所在地	1/=			
	が葬祭を 月日又は 年月日		年 月]	В				
上記のとおり、予防接種を受けたことによる死亡について、葬祭料の支給を受けたく、必要書類 を添えて請求します。									
令	和年	月	日 請:	求者氏	:名				
厚	生 労 働 大	. 臣							

(A4)

- 1 ①~③の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 2 ④の欄は、請求者と死亡者との関係を記入してください。
- 3 ⑤及び⑥の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
- 4 ⑦~⑩の欄は、死亡の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
 - (1)「⑦実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
 - (2)「⑧実施市区町村」は、予防接種を受けた医療機関の所在する市区町村を記入してください。
 - (3)「⑨実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
 - (4)「⑩居住地」は、予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
- 5 ⑪及び⑫の欄は、死亡の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名 称及び所在地を記入してください。
- 6 ③の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
- 7 ⑭及び⑮の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際診療を受けていた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
- 8 ⑯の欄は、葬祭を行う年月日、又は行った年月日を記入してください。