

事務連絡
令和3年10月20日

各

都道府県
市町村
特別区

 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省健康局健康課予防接種室

新型コロナウイルスワクチン追加接種（3回目接種）に係る
接種券等の印刷及び発送について

予防接種行政につきましては、日頃より御理解と御協力を賜り厚く御礼申し上げます。
新型コロナウイルス感染症に係るワクチン（以下「新型コロナワクチン」という。）の追加接種に係る体制確保については、「新型コロナワクチン追加接種（3回目接種）の体制確保について」（令和3年9月22日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡。以下「9月事務連絡」という。）においてお願いしているところです。

9月事務連絡において、接種券等については「現時点の案であり、確定版は今後お示しする予定である」としていたところ、今般、新型コロナワクチン追加接種に係る接種券等の様式が確定いたしましたので、下記のとおり御連絡いたします。

各都道府県及び市町村（特別区を含む。以下同じ。）におかれましては、本事務連絡に基づいて接種券等の印刷及び発送について、適切にご対応いただくとともに、関係機関等への周知をお願いいたします。

記

1 接種対象者の抽出並びに接種券等の印刷及び封入・封緘について

接種券等については、2回目接種が終了し、一定期間経過した対象者を VRS 又は予防接種台帳から抽出し、順次送付する。抽出に当たっては、2回目接種から概ね8か月以上経過した際に接種を開始できるよう、対象者を抽出すること。

2回目接種から一定期間経過した対象者に順に送付することから、一定期間ごとにデータ抽出の基準日を設定し、段階的に接種券等の印刷等を行うこととする。

一方、地域の実情に応じて、複数の期間の印刷をまとめて行って差し支えない。接種券等を一定期間保管する必要がある場合は、鍵付きの倉庫等に保管することとし、個人情報等の紛失等が起こらないように留意するとともに、高温多湿の環境に保存せず、

冷暗所に保存すること。

2 発送について

接種券等については、2回目接種から一定期間経過した複数の対象者に対して、一定期間ごとにまとめて発送することとする。発送に当たっては、郵便事業者等と持ち込み日時等について事前に調整を行うこと。なお、発送頻度は各自治体における接種対象者の人数や接種体制に応じて調整いただいて差し支えない。

データ抽出の基準日から発送を行うまでの間に住民基本台帳から削除された者について、各自治体において、可能な範囲で抜き取り処理を行うこと。

発送を行った後に郵便物が宛先不明等の理由で返戻となった場合に、市町村において調査を行い再度発送する必要はない。

3 12月に追加接種の対象となる見込みの者に係るスケジュールについて

接種券等の印刷等、12月に追加接種の対象となる見込みの者に係るスケジュールの例は以下のとおり。

現時点において、追加接種の開始時期は12月1日を見込んでおり、少なくとも12月に追加接種の対象となる見込みの者（令和3年3月又は4月中に2回目の接種が完了した者）については、11月22日（月）目途で接種券が届くよう準備を進める必要がある。このため、11月中旬には当該者の接種券等を発送することができるように、印刷、封入・封緘の作業を順次進めること。この際、早急に準備を進める観点から、まずは12月に接種を行う分に限って、先行して印刷等を行う方法が考えられる（市町村の判断で令和4年1月分も含めて印刷等を行うことは差し支えない）。

なお、接種券一体型予診票等の発送は、科学的知見や諸外国の対応状況を踏まえ、接種対象者の範囲等が定まってから開始する必要があることから、発送を開始する時期については改めてお知らせすることとする。

12月に追加接種の対象となる見込みの者への接種券発送スケジュール（イメージ）



4 発送物について

発送物の一覧は以下のとおり。

通知物	仕様
【送付物】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 封筒 原則として、以下の仕様とする。ただし、既存の封筒で対応する場合は、仕様は問わない。 仕様：235mm×120mm(長形3号)、内込、窓付き、アラビアインサータ 使用材料：晒クラフト 80g 又は 70g 印刷：裏表面2色、内面1色 窓仕様：1つ窓、セロファン素材 ・ 同封物 <ol style="list-style-type: none"> 1) (接種券の様式を5(1)のパターン①とする場合) 以下のア、イ各1枚 ア 接種券一体型予診票 イ 接種済証(宛名送付状を一体とすることも可。) (接種券の様式を5(2)のパターン②とする場合) 以下のア～エが一体となった送付用紙1枚 <u>※三つ折りもしくは、接種券の仕様およびサイズを保った様式で印刷・封入すること。</u> ア 宛名送付状 イ 予防接種券1回分 ウ 予診のみ券1回分 エ 予防接種済証 2) 事業案内1枚 <u>※厚生労働省 統一様式(A4版)</u> <u>※ 配達完了までに第三者が内容を閲覧できない状態とす</u>

	<p>ること (記載内容が透けないよう配慮すること。)</p> <p>※ 厚生労働省 統一様式はパワーポイントの様式で提供することを想定しており、市町村において適宜加工して構わない。</p> <p>※ このほか必要に応じ、市町村からの案内を若干枚同封することは差し支えない。</p>
--	--

5 様式について（9月事務連絡からの変更については（4）を参照。）



市町村が、当該市町村における新型コロナワクチンの追加接種対象者に対し、接種実施医療機関等が当該市町村の接種対象者であること及び1、2回目接種が完了していることを確認できる接種券一体型予診票を発行し、追加接種の案内や、接種済証とともに対象者に送付すること。

シール紙の確保・印刷等に係る事務負担や委託事務を軽減する観点から、1、2回目接種時と異なり、接種券と予診票を一体化した新様式を使用することに留意すること。ただし、やむを得ない事情がある場合は、従来の様式の使用も認めることとする。

追加接種対象者が接種会場に接種済証を持参し忘れた場合や接種前に接種済証を紛失した場合は、接種実施医療機関等からは接種記録書を交付し、接種済証が必要な者については、後日、市町村に申請することで、接種済証（様式指定なし）の交付を受けることができるようにすること。また、接種後に接種済証を紛失した場合も、市町村に申請し、VRS等で接種記録を確認することで再発行を受けることができるようにすること。

（1）接種券について

接種券については、以下の①又は②のいずれかのパターンで作成することとし、接種及び接種後の事務が円滑に行える様式とすること。

パターン①	パターン②
<p>1) 接種券一体型予診票【上質紙】</p>  <p>※実寸大の様式は別添参照。</p> <p>2) 接種済証【上質紙】</p>	<p>1) 接種券(兼)接種済証【シール素材】</p>  <p>2) 予診票【上質紙又は複写式用紙】 左欄の様式と同様とするが、 右上の接種券欄は上記の「接種券」 を貼り付けるため空欄とする。</p>

ア 予診票の様式

予診票は、以下の仕様とする。

項目	仕様
サイズ	A4 サイズ ※全国統一の標準的な様式を用いること
紙質	<p>パターン①の場合は、上質紙 55～70Kg ベースとすること</p> <p>パターン②の場合は、上質紙又は複写式用紙とすることとし、欄外の(※)を参照すること</p>
その他	<p>パターン①の場合は、原則として、住所、氏名、生年月日、性別、接種履歴欄に、被接種者の情報を印字すること</p> <p>パターン②の場合は、接種券の貼付け枠を設けること (縦 33.0～35.0mm×横 63.0mmの接種券の収まるサイズ)</p>

厚生労働省のホームページから予診票をダウンロードして印刷する際は、印刷画面で「カスタム倍率」を選択し、倍率を 100%として印刷を行うこと。

※パターン①の場合、複写式用紙は、各都道府県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)における請求支払事務に当たり、OCR で読み込めない等の支障が生じる可能性があるため、原則使用しないこと。特段の理由があり、複写式用紙により作成する場合は、以下の 2 点を遵守し、上記のパターン②の様式で作成すること。

(i) 1 枚目の紙厚は、ノーカーボン紙(感圧紙) N 6 0 (コピー用紙と同等、0.08mm、55～70Kg ベース) とすること。

(ii) 記載事項の明瞭さを考慮して、1 枚目を国保連提出用とすること。

※予診票に色紙を使用したり、接種券の一部を着色したりする場合等においては、

当該加工が国保連の請求支払事務に影響を与える可能性があることから、適宜国保連と事前調整すること。

イ 接種券の様式

接種券は、以下の仕様とする。

(接種券の様式)

項目	仕様
サイズ	接種券 1 枚当たり：縦 33.0～35.0mm×横 63.0mm
紙質	(パターン②の場合) 上質紙 52～55Kg ベース
糊加工	(パターン②の場合) 普通粘着以上の糊
必要枚数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 3 回目の接種のみを想定するため計 1 枚 ・ (パターン②の場合) 「予診のみ」の場合に利用する券を計 1 枚
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ OCR の読取りに影響のない用紙であること ・ (パターン②の場合) 接種券は台紙から剥がしやすいようミシン目を入れるなどの加工をすること

※ (パターン②の場合) 上記の仕様を満たす場合、市販の宛名シールを利用することは差し支えない。

※接種券の一部を着色する場合等においては、当該加工が国保連の請求支払事務に影響を与える可能性があることから、適宜国保連と事前調整すること。

(接種券の印字内容)

No	印字項目	備考
1	券種	「2」とし、破線で区切り「(□予診のみ)」と印字すること
2	接種回数	「3 回目」とし、数字と文字の間を破線で区切ること
3	請求先	<ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村名 (都道府県名 + 市町村名) ・ 市町村 No (総務省全国地方公共団体コード 6 桁) ※請求支払事務に支障を来すことのないよう、誤りに留意されたい ※掲載 URL https://www.soumu.go.jp/denshijiti/code.html
4	券番号	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算用数字 10 桁 (固定値・前ゼロ詰め) ・ 市町村において一意となる管理番号とすること
5	被接種者氏名	<ul style="list-style-type: none"> ・ 20 文字 ※判読可能な範囲で文字数を増やすことや、文字のフォントを変更することは差し支えない
6	被接種情報登録	<ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村システム入力支援用

	用バーコード (任意記載事項)	<ul style="list-style-type: none"> ・NW-7 規格 ・サイズ：縦 5.6mm×横 37.21mm 程度 <p>VRS 用の 18 桁に対応する場合は、この限りではない</p>
7	OCR ライン	<ul style="list-style-type: none"> ・国保連システム入力支援用 ・券種 (1 桁) + 回数 (1 桁) + 市町村コード (6 桁) + 券番号 (10 桁・固定値) <p>※バーコードとの間に 2mm 程度の間隔を設けること ※OCR ラインの下へ約 1mm 以上の余白を設けること ※接種券の大外枠へ黒色など着色された罫線を設けないこと</p>
8	二次元コード	<ul style="list-style-type: none"> ・VRS の入力支援用 ・モデル 2 の二次元コードとすること ・OCR ラインの 18 桁の情報を印字すること ・サイズ：縦 10 mm×横 10 mm <p>(クリアエリアを含む必要確保サイズ：縦 11 mm×11 mm 程度)</p> <div style="text-align: center;"> </div>

※数字部分の文字フォントとサイズ：OCR-B 9pt

※枠内の文字の上下と罫線の間には 1mm 程度の間隔を設け、文字と罫線に隙間があること。

※「請求先」市町村 No 及び「OCR ライン」については、国保連及び医療機関等でのタブレットを用いた接種券読み取りに使用するため、誤りの無いよう留意すること。

※パターン①の場合は、パターン②のシール貼付位置と同じ位置になるよう、枠の左上に寄せて接種券を印字すること。

(接種券 (予診のみ) の印字内容：パターン②の場合)

No	印字項目	備考
1	券種	「1」とし、破線で区切り「(■予診のみ)」と印字すること ※マーキング欄は、予め黒塗りした状態とすること
2	予診回数	「3回目」とし、数字と文字の間を破線で区切る
3	請求先	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村名 (都道府県名 + 市町村名) ・市町村 No (総務省全国地方公共団体コード 6 桁)

		<p>※請求支払事務に支障を来すことのないよう、誤りに留意されたい。</p> <p>※掲載 URL https://www.soumu.go.jp/denshijiti/code.html</p>
4	券番号	<ul style="list-style-type: none"> ・算用数字 10 桁（固定値・前ゼロ詰め） ・市町村において一意となる管理番号とすること
5	被接種者氏名	<ul style="list-style-type: none"> ・20 文字 <p>※判読可能な範囲で文字数を増やすことや、文字のフォントを変更することは差し支えない</p>
6	被接種情報登録用バーコード (任意記載事項)	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村システム入力支援用 ・NW-7 規格 ・サイズ：縦 5.6mm×横 37.21mm 程度 <p>VRS 用の 18 桁に対応する場合は、この限りではない</p>
7	OCR ライン	<ul style="list-style-type: none"> ・国保連システム入力支援用 ・券種（1 桁）＋回数（1 桁）＋市町村コード（6 桁）＋券番号（10 桁・固定値） <p>※バーコードとの間に 2mm 程度の間隔を設けること ※OCR ラインの下へ約 1mm 以上の余白を設けること ※接種券の大外枠へ黒色など着色された罫線を設けないこと</p>
8	二次元コード	<ul style="list-style-type: none"> ・VRS の入力支援用 ・モデル 2 の二次元コードとすること ・OCR ラインの 18 桁の情報を印字すること ・サイズ：縦 10 mm×横 10 mm <p>(クリアエリアを含む必要確保サイズ:縦 11 mm×横 11 mm程度)</p> <div style="text-align: center;"> <p>11mm×11 mm 10mm×10 mm</p> </div>

※数字部分の文字フォントとサイズ：OCR B 9pt

※枠内の文字の上下と罫線の間には 1 mm 程度の間隔を設け、文字と罫線に隙間があること。

※「請求先」市町村 No 及び「OCR ライン」については、国保連及び医療機関等でのタブレットを用いた接種券読み取りに使用するため、誤りの無いよう留意すること。

(参考) 接種券、接種券（予診のみ）及び接種済証の印刷レイアウト
 (パターン①) 右上の接種券様式)

券種	2	(<input type="checkbox"/> 予診のみ)	3	回目
請求先	〇〇県〇〇市		123456	
券番号	1234567890		QRコード	
氏名	厚生 ●●●●●●●● 太郎			

231234561234567890

※接種券の大外枠へ黒色など着色された罫線を設けないこと。

(参考) 寸法図

券種	タテ 4.5mm	回目
請求先	タテ 4.5mm	市町村CD
券番号	タテ 4.5mm	QRコード 10×10mm
氏名	タテ 8.5mm	

NW-7バーコード

OCRライン(実寸文字サイズ 2mm×2mm) OCRB 9pt

(パターン②)様式)

〒100-8916
 東京都千代田区霞が関 1-2-2
 厚生 太郎

あなたの接種券番号 (10桁)
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

新型コロナウイルスワクチンを受けられます。
 費用負担はありません。
 接種を受けるときは、
 この用紙と予診票を忘れずにお持ちください。

接種券	影響した接種できない場合	新型コロナウイルスワクチン接種実施要領(接種記録) Guidance of Vaccination for COVID-19
券種 2 (<input type="checkbox"/> 予診のみ) 3 回目 請求先 〇〇県〇〇市 123456 券番号 1234567890 氏名 厚生 ●●●●●●●●太郎	券種 1 (<input type="checkbox"/> 接種のみ) 2 回目 請求先 〇〇県〇〇市 123456 券番号 1234567890 氏名 厚生 ●●●●●●●●太郎	接種券番号 接種券種類 接種券発行 接種券有効 接種券無効

接種を受ける方へ
 ●シールは剥がさずに、お風呂など接種場所へお持ちください。
 ●お風呂の予診票は接種記録に接種のあった後も大切に保管してください。

新型コロナウイルス1、2回目接種記録	
接種年月日	1回目 年 月 日
接種年月日	2回目 年 月 日
メーカー	
Lot No.	
接種場所	

※ *が印字された部分の記録については、別途、当該接種の実施者から発行された接種済証、接種記録書、接種証明書等によって証明されます。

※接種券、予診のみ券、接種済証の配置は変更しないこと。(ただし、接種券部分下及び接種済証部分の余白は適宜削除することが可能。)

※自治体において必要と判断する場合は、上記のイメージのとおり、台紙の余

白に接種券番号や1、2回目接種の記録など、任意の記載事項を印字することも考えられる。

※1、2回目接種の記録を印字する場合は、1、2回目接種について、接種回数、接種年月日、メーカー/Lot No. 及び接種場所を印字することで、本様式を1～3回目の接種済証とすることが可能である。なお、その際は、以下の点に留意すること。

- ・ 接種の事実は市町村長が証明するものであることから、各項目の内容は市町村がプレプリントすること。
- ・ 当該市町村において1、2回目接種の記録を確認できない場合は、該当の記載欄に「*」等を印字するなど、市町村以外の者による手書き記入ができない運用とすること。
- ・ 「*」等を印字する場合は、1、2回目接種の履歴が存在しないものとの誤解を生まないよう、欄外に「*が印字された部分の記録については、別途、当該接種の実施者から発行された接種済証、接種記録書、接種証明書等によって証明されます」といった注意書きを記載することが考えられること。
- ・ 必要な記載事項が網羅されていれば、レイアウトは適宜変更することが可能であること。

(2) 接種済証の様式について

接種済証は、以下の仕様とする。

(接種済証の様式：パターン①の場合)

項目	仕様
サイズ	A4 サイズ ※宛名送付台紙と兼ねる様式とすること(任意)
紙質	上質紙 55～70Kg ベース
必要枚数	下表(接種済証の印字内容)の情報を記載する接種済証を1枚

(参考) パターン①の場合の様式イメージ

〒100-8916
東京都千代田区豊が岡 1-2-2
厚生 太郎

**新型コロナウイルスワクチンを受けられます。
費用負担はありません。**

**接種を受けるときは、
この用紙と予診票を忘れずにお持ちください。**

**この書面は、あなたが3回目のワクチン接種をした事実を
証明する大事な書面ですので、大切に保管してください。**

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:

3回目 接種年月日	メーカー/Lot No. (シール貼付付)	氏名	厚生 太郎
年		住 所	〇〇県〇〇市〇〇 999-99
月		生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 生
日			
接種場所			〇〇県〇〇市長

新型コロナウイルスワクチン1、2回目接種記録

	1回目	2回目
接種年月日	年 月 日	年 月 日
メーカー		
Lot No.		
接種場所		

※ *が印字された部分の記録については、別途、当該接種の実施者から発行された接種済証、接種記録書、接種証明書等によって証明されます。

※自治体において必要と判断する場合は、上記のイメージのとおり、台紙の余白に1、2回目接種の記録など、任意の記載事項を印字することも考えられる。

※1、2回目接種の記録を印字する場合は、1、2回目接種について、接種回数、接種年月日、メーカー/Lot No. 及び接種場所を印字することで、本様式を1～3回目の接種済証とすることが可能である。なお、その際は、以下の点に留意すること。

- ・ 接種の事実は市町村長が証明するものであることから、各項目の内容は市町村がプレプリントすること。
- ・ 当該市町村において1、2回目接種の記録を確認できない場合は、該当の記載欄に「*」等を印字するなど、市町村以外の者による手書き記入ができない運用とすること。
- ・ 「*」等を印字する場合は、1、2回目接種の履歴が存在しないものとの誤解を生まないよう、欄外に「*が印字された部分の記録については、別途、当該接種の実施者から発行された接種済証、接種記録書、接種証明書等によって証明されます」といった注意書きを記載することが考えられること。
- ・ 必要な記載事項が網羅されていれば、レイアウトは適宜変更することが可能であること。

(接種済証の様式：パターン②の場合)

項目	仕様
サイズ	縦 99.0～105.0mm×横 63.0mm ※タイトル部分は除く
紙質	上質紙 52～55Kg ベース
糊加工	普通粘着以上の糊
必要枚数	下表（接種済証の印字内容）の情報を記載する接種済証を1枚
その他	最上部の表題、3回目記載欄及び被接種者等情報欄はそれぞれ切り離すことができないようにすること（ミシン目は不要）

(接種済証の印字内容)

No	印字項目	備考
1	接種回数	3回目 → 計1枚
2	接種年月日	医療機関等で記入するため、記入領域を設けること
3	メーカー/Lot No.	医療機関等でワクチンシール（Lot No）を貼付するため、記入領域を設けること
4	接種場所	医療機関等で記入するため、記入領域を設けること
5	被接種者氏名	20文字 ※判読可能な範囲で文字数を増やすことや、文字のフォントを変更することは差し支えない
6	被接種者住所	住民票に記載されている住所を印字すること
7	被接種者生年月日	被接種者の生年月日を印字すること
8	首長名	「都道府県名＋市町村長名」を記載（首長の個人名は印字しないことも可能）

(3) 接種記録書の様式について

接種記録書は、以下の仕様とする。

(接種記録書の様式)

項目	仕様
サイズ	A4 サイズ ※全国統一の標準的な様式を用いること
その他	・氏名、住所、生年月日、券番号は被接種者本人に手書きで記載させること

※氏名等の偽装等の防止のため、発行時に、氏名等の記載を接種券等と照合すること。

(参考) 接種記録書のイメージ

新型コロナワクチン接種記録書
Record of Vaccination for COVID-19

S回目			
接種年月日	メーカー・Lot No.	氏名	_____
年	(シール貼付)	住所	_____
月		生年月日	____年 ____月 ____日
日		接種券番号	_____
接種会場	_____		


新型コロナワクチンの接種を受けた方へ

○ この接種記録書は、市町村が発行する接種済証ではありません。
○ 市町村が発行する接種済証が必要な場合は、住民票がある市町村にお問い合わせください。(発行まで時間を要する場合があります。)

新型コロナワクチンに関する相談先

○ ワクチン接種後に、健康に異常があるとき
➡ ワクチンの接種を受けた医療機関・かかりつけ医・市町村の相談窓口
○ 予防接種による健康被害についての補償(救済)に関する相談
➡ 市町村の予防接種担当部門

新型コロナワクチンの詳しい情報については、厚生労働省ホームページをご覧ください。右のQRコードからアクセスできます。



※「新型コロナワクチンの接種を受けた方へ」の記載内容については、適宜変更して差し支えない。

(接種記録書の印字内容)

No	印字項目	備考
1	接種回数	3回目
2	接種年月日	医療機関等で記入するため、記入領域を設けること
3	メーカー /Lot No.	医療機関等で記入及びワクチンシール (Lot No.) を貼付するため、記入領域を設けること
4	接種場所	医療機関等で記入するため、記入領域を設けること
5	被接種者氏名	接種会場で被接種者が手書きで記入するため、記入領域を設けること
6	被接種者住所	接種会場で被接種者が手書きで記入するため、記入領域を設けること
7	被接種者生年月日	接種会場で被接種者が手書きで記入するため、記入領域を設けること
8	券番号	接種会場で被接種者が手書きで記入するため、記入領域を設けること

(4) 9月事務連絡の5(5)においてお示しした様式からの変更点

① 接種券

○予診票(p.5)

- ・質問事項1行目「いつ受けましたか」⇒「受けたことがありますか」
- ・質問事項2行目「クーポン券」⇒「接種券又は右上の請求先」

○パターン②の場合(予診のみ)の印字内容(p.7)

- ・券種を「2」⇒「1」に変更

○パターン②の場合の印刷レイアウト(p.9)

- ・接種券番号や1、2回目の接種記録に限らず、台紙の余白に「任意の記載事項」を印字することを可能とする旨追記
- ・台紙の余白に接種回数、接種年月日、メーカー/Lot No.及び接種場所を印字することで、1～3回目の接種済証とすることが可能である旨追記
- ・市長の個人名削除

② 接種済証

○パターン①の場合の様式イメージ(p.11)

- ・「この書面は、あなたが3回目のワクチン接種をした事実を証明する大事な書面ですので、大切に保管してください。」の追記
- ・「予防接種済証(臨時)」⇒「予防接種済証(臨時接種)」
- ・市長の個人名削除
- ・新型コロナワクチン接種記録の「2021年」のプレプリントを削除
- ・1、2回目の接種記録に限らず、台紙の余白に「任意の記載事項」を印字することを可能とする旨追記
- ・台紙の余白に接種回数、接種年月日、メーカー/Lot No.及び接種場所を印字することで、1～3回目の接種済証とすることが可能である旨追記

○接種済証の印字内容(p.12)

- ・欄外の※書きを削除

③ 接種記録書(p.13)

変更なし。

(5) 事業案内について

事業案内の様式については、追ってお示しする。

6 追加接種用の接種券の発行(再発行)申請について

(1) 概要

他自治体で2回接種した後に転入したこと等により、当該市町村においてVRSや

予防接種台帳に接種記録が確認できず、接種券が発行されないことが考えられる。また、何らかの事情により、接種券を紛失、滅失、破損等することも考えられる。

このため、接種券が発行されなかった者、紛失等した者に対して原則住民票所在地の市町村が接種券の発行（再発行を含む。以下同じ。）を行う。市町村は、転入者等が申請の必要性を認識できるように、接種券発送スケジュール等について予め周知すること。申請を受けた市町村は、1、2回目接種時の接種券再発行手続と同様、必要に応じて、接種済証や接種記録書、VRS 等から当該者の接種状況を確認すること。

（2）接種券の発行申請が必要な場合

接種券の発行申請が必要な場合としては、以下の場合が想定される。

- ・ 他自治体で2回接種した後に転居した場合
- ・ 国内で2回接種を終えているが VRS の登録誤り等により接種記録が確認できない場合
- ・ 接種券を紛失、滅失、破損等した場合
- ・ 接種券の発送後に住民票所在地が変更となった場合
- ・ 接種対象者であるにもかかわらず接種券が届かない場合
- ・ 予診のみで追加接種用の接種券一体型予診票等を使用した場合
- ・ 海外で2回接種した場合
- ・ 海外在留邦人等向け新型コロナワクチン接種事業で2回接種した場合
- ・ 在日米軍従業員接種で2回接種した場合
- ・ 製薬メーカーの治験において2回接種した場合
- ・ その他接種券の発行が必要であると市町村長が認める場合

接種券の発行申請は原則住民票所在地の市町村に対して行うものとするが、住民票又は戸籍に登録のない等の事情があり、住民票所在地の市町村から接種券の発行を受けることができないやむを得ない事情がある者は、居住地の市町村に対して申請等を行い接種券の発行を受ける。

（3）接種券の発行申請の方法

上記（2）の場合において、接種券の発行を希望する場合、原則住民票所在地の市町村に申請を行うこととする。郵送申請及び窓口申請においては、「接種券発行申請書（3回目接種用）」を使用すること。具体的な申請方法や留意事項等は「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する手引き」（令和2年12月17日健康局長通知別添）第4章4（2）ウを参考にすること。なお、1、2回目接種時と同様、厚労省 WEB サイトを用いた発行申請も可能とする予定である。

(接種券発行申請書 (3回目接種用) の参考様式)

接種券発行申請書 (新型コロナウイルス感染症) 【3回目接種用】

第2回目の接種を受けてから概ね3か月以上経過していない方は、
3回目接種用の接種券発行申請をすることができません。

令和 年 月 日

〇〇市町村長宛

申請者 氏名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他 ()

下記の事項に同意の上、接種券の発行を申請します。
(下記①・②をよくお読みの上、□にチェックしてください。)

① 新接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム (以下「VRS」という。) 上において、〇〇 (市区町村名) が個人番号 (マイナンバー) 又は他の個人情報 (氏名・生年月日・性別) により、被接種者の以前にお住まいの市区町村における接種記録を確認します。

② 転出元で発行された3回目接種用の接種券がお手元にある場合は、廃棄してください。

被 接 種 者	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 _____
	生年月日		年 月 日
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		

(裏面につづく)

申請理由	<input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 届いた接種券は、接種に使わず医師との相談 (予診) のみで使用した <input type="checkbox"/> その他 ()
接種状況	1回目 ①接種日: _____年 月 日 ②ワクチン種類: <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 () ③接種の方法 (当てはまるものにチェック): <input type="checkbox"/> 市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 (接種券を送ってきた市町村名: _____) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____) <small>※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。</small>
	2回目 ①接種日: _____年 月 日 ②ワクチン種類: <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 () ③接種の方法 (当てはまるものにチェック): <input type="checkbox"/> 市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 (接種券を送ってきた市町村名: _____) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____) <small>※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。</small>

※「接種の方法」の「その他」には以下の方法が当てはまります。

- ・海外在留邦人等向け新型コロナワクチン接種事業での接種
- ・在日米軍による接種
- ・製薬メーカーによる治験としての接種
- ・海外での接種
- ・上記の他、市町村の会場や医療機関、職域会場での接種に当てはまらない接種

※本様式は参考様式であり、必要に応じて変更して差し支えない。

新型コロナワクチン接種の予診票（追加接種用）

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

券種	2 (<input type="checkbox"/> 予診のみ)	3 回目
請求先	〇〇県〇〇市	1 2 3 4 5 6
券番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	
氏名	厚生 ●●●●●●●● 太郎	



住民票に記載されている住所	都道府県		市区町村	
フリガナ	氏名		電話番号	()
生年月日(西暦)	年	月	日生(満	歳)
		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	診察前の体温
				度
				分

質問事項	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。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他() 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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(<input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる) 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。	医師署名又は記名押印
-------	---	------------

医療機関記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 :) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 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、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、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、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。
	シール貼付位置	<input type="checkbox"/> ml	実施場所	医療機関等コード
	※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていないか確認		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
				202 年 月 日

〒100-8916

東京都千代田区霞が関 1-2-2

厚生 太郎

新型コロナウイルスワクチンを受けられます。
費用負担はありません。

接種を受けるときは、
この用紙と予診票を忘れずにお持ちください。

この書面は、あなたが3回目のワクチン接種をした事実を
証明する大事な書面ですので、大切に保管してください。

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:

3回目	メーカー/Lot No. (シール貼付け)	氏名	厚生 太郎
接種年月日		住所	〇〇県〇〇市〇〇 999-99
年		生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 生
月 日			
接種場所			

〇〇県〇〇市長

新型コロナウイルスワクチン1、2回目接種記録

	1回目	2回目
接種年月日	年 月 日	年 月 日
メーカー		
Lot No.		
接種場所		





※ *が印字された部分の記録については、別途、当該接種の実施者から発行された接種済証、接種記録書、接種証明書等によって証明されます。

〒100-8916
東京都千代田区霞が関 1-2-2
厚生 太郎

あなたの接種券番号 (10桁)
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

**新型コロナウイルスワクチンを受けられます。
費用負担はありません。**

**接種を受けるときは、
この用紙と予診票を忘れずにお持ちください。**

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	1 (■ 予診のみ)	3 回目	3回目	メーカー/Lot No. (シール貼付け)
請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456	接種年月日	
券番号	1234567890		券番号	1234567890		年	
氏名	厚生 ●●●●●●●● 太郎		氏名	厚生 ●●●●●●●● 太郎		月 日	
 231234561234567890			 131234561234567890			接種場所	
<p>接種を受ける方へ</p> <ul style="list-style-type: none">●シールは剥がさずに、台紙ごと接種場所へお持ちください。●右側の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管してください。						氏名	厚生 太郎
						住所	〇〇県〇〇市〇〇 999-99
						生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 生
〇〇県〇〇市長							

新型コロナウイルスワクチン1、2回目接種記録

	1回目	2回目
接種年月日	年 月 日	年 月 日
メーカー		
Lot No.		
接種場所		

※ *が印字された部分の記録については、別途、当該接種の実施者から発行された接種済証、接種記録書、接種証明書等によって証明されます。

新型コロナワクチン接種記録書

Record of Vaccination for COVID-19

3回目	メーカー/Lot No. (シール貼付)
接種年月日	
年 月 日	
接種会場	

氏名 _____ :

住所 _____ :

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

接種券番号: _____

新型コロナワクチンの接種を受けた方へ

- この接種記録書は、市町村が発行する接種済証ではありません。
- 市町村が発行する接種済証が必要な場合は、住民票がある市町村にお問い合わせください。(発行まで時間を要する場合があります。)

新型コロナワクチンに関する相談先

- ワクチン接種後に、健康に異常があるとき
 - ➡ ワクチンの接種を受けた医療機関・かかりつけ医・市町村の相談窓口
- 予防接種による健康被害についての補償(救済)に関する相談
 - ➡ 市町村の予防接種担当部門

新型コロナワクチンの詳しい情報については、
厚生労働省ホームページをご覧ください。
右のQRコードからアクセスできます。



接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【3回目接種用】

※2回目の接種を受けてから概ね8か月以上経過していない方は、
3回目接種用の接種券発行申請をすることができません。

令和 年 月 日

〇〇市町村長宛

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他（ _____ ）

下記の事項に同意の上、接種券の発行を申請します。

（下記①・②をよくお読みの上、にチェックしてください。）

- ① 新接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム（以下「VRS」という。）上において、〇〇（市区町村名）が個人番号（マイナンバー）又は他の個人情報（氏名・生年月日・性別）により、被接種者の以前にお住まいの市区町村における接種記録を確認します。
- ② 転出元で発行された3回目接種用の接種券がお手元にある場合は、廃棄してください。

被 接 種 者	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒
	生年月日		年 月 日
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		

（裏面につづく）

申請理由	<input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 届いた接種券は、接種に使わず医師との相談（予診）のみで使用した <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
<p>接種状況</p> <p>※接種済証、接種記録書、接種証明書を提出される方は、本欄は<u>記入不要</u>です。</p> <p>※再発行の方は<u>記入不要</u>です。</p> <p>※分かる範囲で記入してください。</p>	<p>1回目</p> <p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー <input type="checkbox"/>武田/モデルナ <input type="checkbox"/>アストラゼネカ <input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p> <p>③接種の方法（当てはまるものにチェック）： <input type="checkbox"/>市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 （接種券を送ってきた市町村名： _____ ） <input type="checkbox"/>その他（具体的に： _____ ）</p> <p>※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。</p> <hr/> <p>2回目</p> <p>①接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>②ワクチン種類：<input type="checkbox"/>ファイザー <input type="checkbox"/>武田/モデルナ <input type="checkbox"/>アストラゼネカ <input type="checkbox"/>その他（ _____ ）</p> <p>③接種の方法（当てはまるものにチェック）： <input type="checkbox"/>市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 （接種券を送ってきた市町村名： _____ ） <input type="checkbox"/>その他（具体的に： _____ ）</p> <p>※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機関、職域会場での接種」を選んでください。</p>

※「接種の方法」の「その他」には以下の方法が当てはまります。

- ・海外在留邦人等向け新型コロナ・ワクチン接種事業での接種
- ・在日米軍による接種
- ・製薬メーカーによる治験としての接種
- ・海外での接種
- ・上記の他、市町村の会場や医療機関、職域会場での接種に当てはまらない接種