

## 予防接種実施証明書

医療機関記入欄			申請者記入欄	
被接種者氏名	予防 太郎			
予防接種の種類・回数※1	接種日	予防接種費用	基準単価	申請金額※2
ロタリックス・1回目	令和 7 年 5 月 14 日	20,000 円	円	円
5種混合 ・ 1回目	令和 7 年 5 月 14 日	19,000 円	円	円
小児肺炎球菌・1回目	令和 7 年 5 月 14 日	15,000 円	円	円
B型肝炎 ・ 1回目	令和 7 年 5 月 14 日	6,500 円	円	円
	令和 年 月 日	円	円	円
	令和 年 月 日	円	円	円
	令和 年 月 日	円	円	円
	令和 年 月 日	円	円	円
	令和 年 月 日	円	円	円
	令和 年 月 日	円	円	円
合 計 金 額				円

自己負担金の区分 (インフルエンザ予防接種・高齢者の肺炎球菌予防接種・新型コロナウイルス感染症予防接種・帯状疱疹予防接種の場合のみ記入)	一般・免除
---	-------

※1：ロタウイルスワクチン：「ロタリックス」「ロタテック」のワクチン名を明記してください。

※1：子宮頸がん予防ワクチン：「サーバリックス」「ガーダシル」「シルガード9」のワクチン名を明記してください。

※1：帯状疱疹ワクチン：「シングリックス」「ピケン」のワクチン名を明記してください。

※2 申請金額は、支払った予防接種費用と基準単価のいずれか低い金額を記載してください。

また、高齢者のインフルエンザ予防接種、高齢者の肺炎球菌感染症予防接種、新型コロナウイルス感染症予防接種又は帯状疱疹予防接種を受けた方のうち、自己負担金あり（一般）のときは、支払った予防接種費用と基準単価のいずれか低い金額から自己負担額を引いた額を申請金額に記載してください。

上記接種について、被接種者が本医療機関で接種したことを証明します。

令和 7 年 5 月 14 日

医療機関所在地：山口県山口市...

医療機関名：小児科

電話番号：XXX-XXX-XXXX

証明者の役職及び氏名：院長

(署名又は記名押印)

➤ 自筆で署名の場合は押印不要  
➤ ゴム印で記名の場合は押印必要

## 【医療機関の方へお願い】

- ・接種歴及び接種料金の把握のため、**太枠内は、接種医療機関で記載してください。**
  - ・記載事項について誤りがないことを確認の上、証明欄へ医療機関名等の記載をお願いいたします。
  - ・訂正する場合は訂正箇所を二重線で消した上で正しく記載してください。
- また、余白部分に訂正した方の職名、氏名等を補記してください。

(訂正例) 5種混合・1期初回 ~~1回目~~ 2回目 訂正者 事務 広島一郎