

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年3月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考	接種券
A類	ロタウイルス	GSK MSD	ロタリックス ロタテック		<div data-bbox="1279 215 2007 512"> <p>1 ロタウイルスワクチン(甲) ロットシール</p> <p>医療機関コード(7桁) <input type="checkbox"/> ロタリックス 項目No.1531 <input type="checkbox"/> ロタテック 項目No.1536</p> <p>※住民登録している住所と氏名を記入してください。</p> <p>貼付箇所</p> <p>住所 区 町 丁目 番 号 年月日 令和 . .</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 氏名 生年月日 令和 . . 男・女</p> <p>名前シールをお持ちの場合は、保護者氏名の記入は不要です。 シールを住所欄下の「■」内に貼って下さい。</p> <p>No.0711350-9</p> </div>
					<div data-bbox="1279 523 2007 820"> <p>2 ロタウイルスワクチン(甲) ロットシール</p> <p>医療機関コード(7桁) <input type="checkbox"/> ロタリックス 項目No.1532 <input type="checkbox"/> ロタテック 項目No.1537</p> <p>1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 年 月 日</p> <p>※住民登録している住所と氏名を記入してください。</p> <p>貼付箇所</p> <p>住所 区 町 丁目 番 号 接種年月日 令和 . .</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 氏名 生年月日 令和 . . 男・女</p> <p>名前シールをお持ちの場合は、保護者氏名の記入は不要です。 シールを住所欄下の「■」内に貼って下さい。</p> <p>No.0711350-9</p> </div>
					<div data-bbox="1279 831 2007 1125"> <p>3 ロタウイルスワクチン(甲) ロットシール</p> <p>医療機関コード(7桁) <input type="checkbox"/> ロタリックス 項目No.1538 <input type="checkbox"/> ロタテック</p> <p>1回目 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 2回目 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日</p> <p>※ロタリックスを2回接種している場合は接種完了ですので、この接種券は破棄してください。 ※住民登録している住所と氏名を記入してください。</p> <p>貼付箇所</p> <p>住所 区 町 丁目 番 号 接種年月日 令和 . .</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 氏名 生年月日 令和 . . 男・女</p> <p>名前シールをお持ちの場合は、保護者氏名の記入は不要です。 シールを住所欄下の「■」内に貼って下さい。</p> <p>日付に重ならないよう、貼付箇所を左部とします。</p> <p>No.0711350-9</p> </div>

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年3月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考	接種券
A類	小児用肺炎球菌	MSD ファイザー	バクニユバンス プレバナー20		<div data-bbox="1299 215 2016 510"> <p>広島市 小児用肺炎球菌ワクチン ロットシール 1回目</p> <p>医療機関コード(7桁)</p> <p>種 令和</p> <p>年月日</p> <p>医療機関所在地・医療機関名・電話番号・接種医師氏名</p> <p>No.0711350-9</p> <p>1 ※住民登録している住所と氏名を記入してください。</p> <p>ワクチンの種類 <input type="checkbox"/> 15価 <input type="checkbox"/> 20価</p> <p>開始時の年齢区分 <input type="checkbox"/> 2~6か月齢 <input type="checkbox"/> 7~11か月齢</p> <p>貼付箇所</p> <p>住所 区 町 丁目 番号</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 姓 名 生年月日 令和 . . . 男・女</p> <p>名前シールをお持ちの場合は、保護者氏名の記入は不要です。シールを住所欄下の「■」内に貼って下さい。</p> </div>
					<div data-bbox="1299 534 2016 829"> <p>広島市 小児用肺炎球菌ワクチン ロットシール 2回目</p> <p>医療機関コード(7桁)</p> <p>種 令和</p> <p>年月日</p> <p>医療機関所在地・医療機関名・電話番号・接種医師氏名</p> <p>No.0711350-9</p> <p>2 ※住民登録している住所と氏名を記入してください。</p> <p>ワクチンの種類 <input type="checkbox"/> 15価 <input type="checkbox"/> 20価</p> <p>開始時の年齢区分 <input type="checkbox"/> 2~6か月齢 <input type="checkbox"/> 7~11か月齢</p> <p>貼付箇所</p> <p>住所 区 町 丁目 番号</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 姓 名 生年月日 令和 . . . 男・女</p> <p>名前シールをお持ちの場合は、保護者氏名の記入は不要です。シールを住所欄下の「■」内に貼って下さい。</p> </div>
					<div data-bbox="1299 853 2016 1149"> <p>広島市 小児用肺炎球菌ワクチン ロットシール 3回目</p> <p>医療機関コード(7桁)</p> <p>種 令和</p> <p>年月日</p> <p>医療機関所在地・医療機関名・電話番号・接種医師氏名</p> <p>No.0711350-9</p> <p>3 ※住民登録している住所と氏名を記入してください。</p> <p>ワクチンの種類 <input type="checkbox"/> 15価 <input type="checkbox"/> 20価</p> <p>開始時の年齢区分 <input type="checkbox"/> 2~6か月齢 <input type="checkbox"/> 7~11か月齢</p> <p>貼付箇所</p> <p>住所 区 町 丁目 番号</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 姓 名 生年月日 令和 . . . 男・女</p> <p>名前シールをお持ちの場合は、保護者氏名の記入は不要です。シールを住所欄下の「■」内に貼って下さい。</p> </div>
					<div data-bbox="1299 1173 2016 1468"> <p>広島市 小児用肺炎球菌ワクチン ロットシール 4回目</p> <p>医療機関コード(7桁)</p> <p>種 令和</p> <p>年月日</p> <p>医療機関所在地・医療機関名・電話番号・接種医師氏名</p> <p>No.0711350-9</p> <p>4 ※住民登録している住所と氏名を記入してください。</p> <p>ワクチンの種類 <input type="checkbox"/> 15価 <input type="checkbox"/> 20価</p> <p>開始時の年齢区分 <input type="checkbox"/> 2~6か月齢</p> <p>貼付箇所</p> <p>住所 区 町 丁目 番号</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 姓 名 生年月日 令和 . . . 男・女</p> <p>名前シールをお持ちの場合は、保護者氏名の記入は不要です。シールを住所欄下の「■」内に貼って下さい。</p> </div>

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年3月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考	接種券
A類	B型肝炎	MSD KMB	ヘプタバックスII ビームゲン		<p>1回目</p> <p>貼付箇所</p>
					<p>2回目</p> <p>貼付箇所</p>
					<p>3回目</p> <p>貼付箇所</p>

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年3月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考	接種券
A類	5種混合	KMB	クイントバック		
		阪大微生物病研究会	ゴービック		

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年3月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考	接種券
A類	4種混合	阪大微生物病研究会	テトラビック	販売終了	<div data-bbox="1294 229 2027 512"> <p>1期初回 1回目</p> <p>ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ4種混合(DPT-IPV)(甲) 項目 1021</p> <p>医療機関コード (7桁)</p> <p>住所 区</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 カナ 氏名</p> <p>男 女</p> <p>種日 令和</p> <p>関係所在地・医療機関名・電話番号・接種医師氏名</p> <p>ロットシール貼付の対象外</p> <p>名前シールをお持ちの場合は、保護者氏名の記入は不要です。シールを住所欄下の『』内に貼ってください。</p> </div> <div data-bbox="1294 544 2027 826"> <p>1期初回 2回目</p> <p>ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ4種混合(DPT-IPV)(甲) 項目 1022</p> <p>医療機関コード (7桁)</p> <p>住所 区</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 カナ 氏名</p> <p>男 女</p> <p>種日 令和</p> <p>関係所在地・医療機関名・電話番号・接種医師氏名</p> <p>ロットシール貼付の対象外</p> <p>名前シールをお持ちの場合は、保護者氏名の記入は不要です。シールを住所欄下の『』内に貼ってください。</p> </div> <div data-bbox="1294 858 2027 1141"> <p>1期初回 3回目</p> <p>ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ4種混合(DPT-IPV)(甲) 項目 1023</p> <p>医療機関コード (7桁)</p> <p>住所 区</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 カナ 氏名</p> <p>男 女</p> <p>種日 令和</p> <p>関係所在地・医療機関名・電話番号・接種医師氏名</p> <p>ロットシール貼付の対象外</p> <p>名前シールをお持ちの場合は、保護者氏名の記入は不要です。シールを住所欄下の『』内に貼ってください。</p> </div> <div data-bbox="1294 1173 2027 1439"> <p>1期初回 追加</p> <p>ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ4種混合(DPT-IPV)(甲) 項目 1024</p> <p>医療機関コード (7桁)</p> <p>住所 区</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 カナ 氏名</p> <p>男 女</p> <p>種日 令和</p> <p>関係所在地・医療機関名・電話番号・接種医師氏名</p> <p>ロットシール貼付の対象外</p> <p>名前シールをお持ちの場合は、保護者氏名の記入は不要です。シールを住所欄下の『』内に貼ってください。</p> </div>

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年3月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考	接種券
A類	3種混合	阪大微生物病研究会	トリビック		<p>1期初回 1回目</p> <p>貼付箇所</p>
					<p>1期初回 2回目</p> <p>貼付箇所</p>
					<p>1期初回 3回目</p> <p>貼付箇所</p>
					<p>1期初回 追加</p> <p>貼付箇所</p>

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年3月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考	接種券
A類	2種混合	阪大微生物病研究会	DTビック		

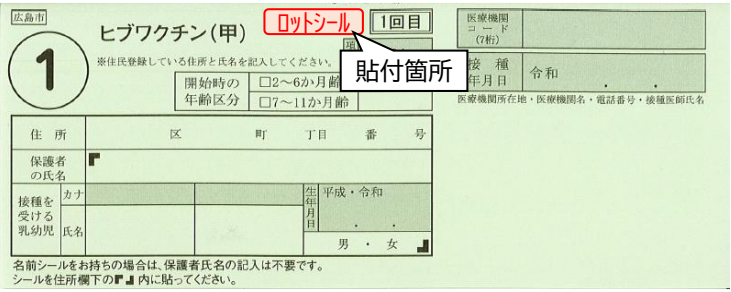
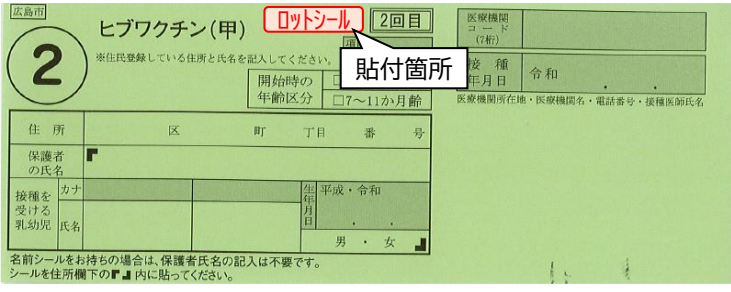
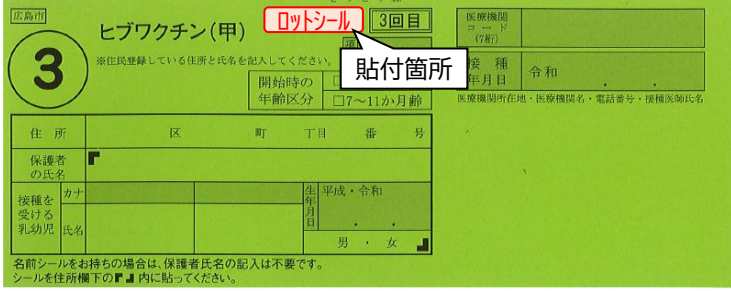
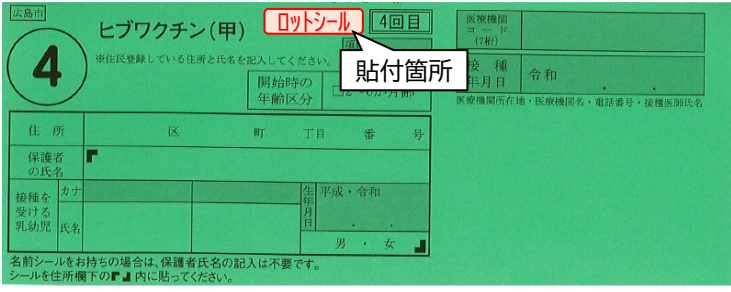
ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年3月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考	接種券
A類	不活化ポリオ	サノフィ	イモバックスポリオ		<div data-bbox="1294 225 2022 515"> <p>【広島市】(0.5ml皮下) 初回 1回目 医療機関コード</p> <p>初回 1 不活化ポリオ(甲) 項目No. 1033 接種年月日 令和</p> <p>※住民登録をしている住所と氏名を記入してください</p> <p>住所 区 町 丁 貼付箇所</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 氏名 性別 年齢 令和 男 女</p> <p>26.7改 A6 色上70 5年保存</p> </div>
					<div data-bbox="1294 539 2022 829"> <p>【広島市】(0.5ml皮下) 初回 2回目 医療機関コード</p> <p>初回 2 不活化ポリオ(甲) 項目No. 1034 接種年月日 令和</p> <p>※住民登録をしている住所と氏名を記入してください</p> <p>住所 区 町 丁 貼付箇所</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 氏名 性別 年齢 令和 男 女</p> <p>26.7改 A6 色上70 5年保存</p> </div>
					<div data-bbox="1294 842 2022 1133"> <p>【広島市】(0.5ml皮下) 初回 3回目 医療機関コード</p> <p>初回 3 不活化ポリオ(甲) 項目No. 1035 接種年月日 令和</p> <p>※住民登録をしている住所と氏名を記入してください</p> <p>住所 区 町 丁 貼付箇所</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 氏名 性別 年齢 令和 男 女</p> <p>26.7改 A6 色上70 5年保存</p> </div>
					<div data-bbox="1294 1145 2022 1436"> <p>【広島市】(0.5ml皮下) 追加接種</p> <p>初回 追加 不活化ポリオ(甲) 項目No. 1036 接種年月日 令和</p> <p>※住民登録をしている住所と氏名を記入してください</p> <p>住所 区 町 丁 貼付箇所</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 氏名 性別 年齢 令和 男 女</p> <p>26.7改 A6 色上70 5年保存</p> </div>

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年3月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考	接種券
A類	ヒブ	サノフィ	アクトヒブ		 <p>1 ヒブワクチン(甲) ロットシール 1回目</p> <p>※住民登録している住所と氏名を記入してください。</p> <p>開始時の年齢区分 <input type="checkbox"/> 2～6か月齢 <input type="checkbox"/> 7～11か月齢</p> <p>住所 区 町 丁目 番号</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 氏名 生年月日 平成・令和 男・女</p> <p>名前シールをお持ちの場合は、保護者氏名の記入は不要です。 シールを住所欄下の「■」内に貼ってください。</p>
					 <p>2 ヒブワクチン(甲) ロットシール 2回目</p> <p>※住民登録している住所と氏名を記入してください。</p> <p>開始時の年齢区分 <input type="checkbox"/> 7～11か月齢</p> <p>住所 区 町 丁目 番号</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 氏名 生年月日 平成・令和 男・女</p> <p>名前シールをお持ちの場合は、保護者氏名の記入は不要です。 シールを住所欄下の「■」内に貼ってください。</p>
					 <p>3 ヒブワクチン(甲) ロットシール 3回目</p> <p>※住民登録している住所と氏名を記入してください。</p> <p>開始時の年齢区分 <input type="checkbox"/> 7～11か月齢</p> <p>住所 区 町 丁目 番号</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 氏名 生年月日 平成・令和 男・女</p> <p>名前シールをお持ちの場合は、保護者氏名の記入は不要です。 シールを住所欄下の「■」内に貼ってください。</p>
					 <p>4 ヒブワクチン(甲) ロットシール 4回目</p> <p>※住民登録している住所と氏名を記入してください。</p> <p>開始時の年齢区分 <input type="checkbox"/> 7～11か月齢</p> <p>住所 区 町 丁目 番号</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 氏名 生年月日 平成・令和 男・女</p> <p>名前シールをお持ちの場合は、保護者氏名の記入は不要です。 シールを住所欄下の「■」内に貼ってください。</p>

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年3月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考	接種券
A類	BCG	日本BCG製造	乾燥BCGワクチン		<p>The image shows a yellow BCG vaccination certificate (接種券) from Hiroshima City. The form includes the following fields and information:</p> <ul style="list-style-type: none"> 広島市 BCG (ロットシール) (Hiroshima City BCG (Lot Seal)) 通信No. 1441 (Communication No. 1441) 医療機関コード (7桁) (Medical Institution Code (7 digits)) 住所 (Address): 区 町 丁目 保護者の氏名 (Guardian's Name): [Redacted] 接種を受ける乳幼児の氏名 (Name of the child receiving the vaccine): [Redacted] 性別 (Gender): 男・女 接種年月日 (Vaccination Date): 令和 医療機関所在地・医療機関名・電話番号・接種医師氏名 (Medical institution location, name, phone number, and doctor's name) No. 0711350-9 (Serial Number) <p>A red box highlights the 'ロットシール' (Lot Seal) area, and a white callout box points to the '貼付箇所' (sticker placement area) on the form.</p>

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年3月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考	接種券
A類	MR	第一三共	第一三共		
		武田薬品工業	タケダ		
		阪大微生物病研究会	ミールビック	R8.3販売終了予定	
		阪大微生物病研究会	ミールビックII	R8.3販売開始予定	

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年3月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考	接種券
A類	水痘	阪大微生物病研究会	ビケン		<p>1回目</p> <p>水痘 (水ぼうそう) (甲) (0.5ml) ※住民登録している住所と氏名を記入してください。</p> <p>住所 区 町 丁目 番 号</p> <p>医療機関コード (7桁) 種 令和 . . . 年月日</p> <p>医療機関所在地・医療機関名・電話番号・接種医師氏名</p> <p>No.0711350-9</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 氏名 生年月日 令和 . . . 年月日 男・女</p> <p>名前シールをお持ちの場合は、保護者氏名の記入は不要です。シールを住所欄下の「<input type="checkbox"/>」内に貼って下さい。</p>
					<p>2回目</p> <p>水痘 (水ぼうそう) (甲) (0.5ml) ※住民登録している住所と氏名を記入してください。</p> <p>住所 区 町 丁目 番 号</p> <p>医療機関コード (7桁) 種 令和 . . . 年月日</p> <p>医療機関所在地・医療機関名・電話番号・接種医師氏名</p> <p>No.0711350-9</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 氏名 生年月日 令和 . . . 年月日 男・女</p> <p>名前シールをお持ちの場合は、保護者氏名の記入は不要です。シールを住所欄下の「<input type="checkbox"/>」内に貼って下さい。</p>

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年3月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考	接種券
A類	日本脳炎(1期)	KMB 阪大微生物病研究会	エンセバック ジェービックV		

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年3月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考	接種券
A類	日本脳炎(2期)	KMB 阪大微生物病研究会	エンセバック ジェービックV		

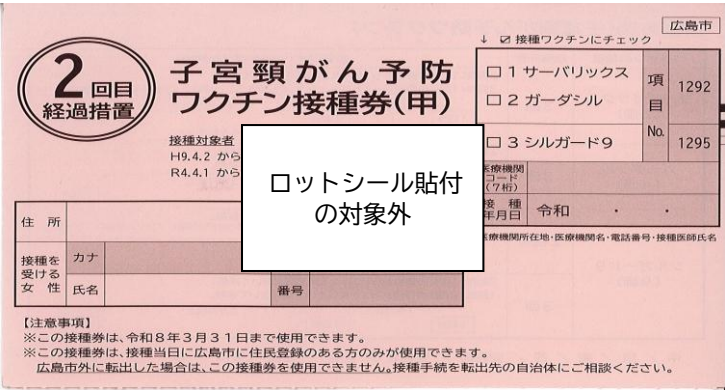
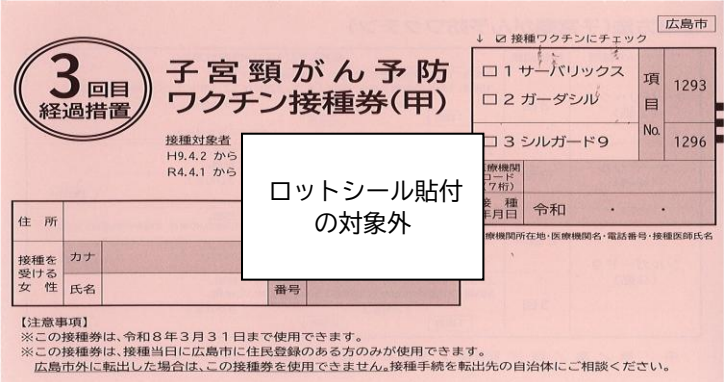
ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年3月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考	接種券
A類	HPV (定期)	GSK	サーバリックス	R8.4.1除外	
		MSD	ガーダシル	R8.4.1除外	
		MSD	シルガード9		

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年3月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考	接種券
A類	HPV (経過措置)	GSK	サーバリックス	R8.4.1除外	
		MSD	ガーダシル	R8.4.1除外	
		MSD	シルガード9		
<p>※経過措置(令和8年3月31日迄)終了に伴い、ロットシール貼付の「対象外」となる。</p>					

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年3月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考	接種券
A類	RSウイルス	ファイザー	アブリスボ	R8.4.1追加	※ロットシール貼付箇所の枠印字あり

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年3月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考	接種券
B類	高齢者肺炎球菌	MSD	ニューモバックスNP	R8.4.1除外	※令和8年度版の接種券は、ロットシール貼付箇所の枠印字あり。 ※令和7年度版の接種券は、ロットシール貼付箇所の枠印字なしのため、 ロットシール貼付箇所は、下図のとおりとする。
		ファイザー	プレバナー20	R8.4.1追加	
					<p>高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種券(0.5mℓ接種)(甲)</p> <p>医療機関コード(7桁)</p> <p>接種年月日 令和 . .</p> <p>ロットシール</p> <p>貼付箇所</p> <p>ワクチンの接種を受ける人は使用できません(場合も含む)。</p> <p>●接種料金免除制度の確認書類は、必ず接種時に医療機関に提示してください。接種後では費用をお返しできません。 一般(1480) 免除(1482)</p> <p>※この券を使用して接種を受けられるのは66歳の誕生日の前日までです</p> <p>接種を受ける方</p> <p>カナ</p> <p>生年月日</p> <p>番号</p> <p>医療機関所在地 医療機関名 電話番号 接種医師氏名</p> <p>↓免除対象者については、確認した書類のいずれかに○を記入 1. 被保護者証明書(夜間・休日等受診用) 2. 市民税・県民税・森林環境税課税台帳記載事項証明書等</p> <p>3.5×9.4 印A70 5年保存</p>

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年3月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考	接種券
B類	帯状疱疹	GSK	シングリックス		※令和8年度版の接種券は、ロットシール貼付箇所の枠印字あり。 →令和8年度対象者に個別送付予定。
		阪大微生物病研究会	ビケン		
					※令和8年度版の接種券は、ロットシール貼付箇所の枠印字あり。 →令和8年度対象者に個別送付予定。

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年3月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考	接種券																		
B類	インフルエンザ	KMB	KMB		※令和8年度版の接種券は、ロットシール貼付箇所の枠印字あり。 →令和8年9月以降に(医師会を通じて)医療機関に配付予定。																		
		阪大微生物病研究会	ビケンHA																				
		阪大微生物病研究会	フルービックHA																				
		デンカ	生研																				
		サノフィ	エフルエルダ	R8.10.1追加予定																			
					<div data-bbox="1209 359 2060 710" data-label="Form"> <p>インフルエンザ接種券(甲) (定期予防接種0.5ml) 【請求用】 広島市</p> <p>※住民登録している住所と氏名を記入してください。黒ボールペンで記入してください(鉛筆・消せるペン不可)。</p> <table border="1"> <tr> <td>住所</td> <td>広島市</td> <td>区</td> <td>町</td> <td>丁目</td> <td>番</td> <td>号</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="2"></td> <td>生年</td> <td>大正 昭和 (←いずれかに○)</td> <td colspan="2">月 日</td> </tr> </table> <p>●自己負担金免除対象者の確認書類は、必ず接種時に医療機関に提示してください。 接種後に確認書類をお持ちいただいても、費用をお返すことはできません。</p> <p>※医療機関記入欄 ↓自己負担金免除対象者については、確認した書類のいずれかに○を記入</p> <table border="1"> <tr> <td>自己負担金免除対象者</td> <td>1. 被保護者証明書(夜間・休日等受診用)</td> </tr> <tr> <td>確認書類</td> <td>2. 市民税・県民税・森林環境税課税台帳記載事項証明書等</td> </tr> </table> <p>令和7年9月作成</p> </div>	住所	広島市	区	町	丁目	番	号	氏名			生年	大正 昭和 (←いずれかに○)	月 日		自己負担金免除対象者	1. 被保護者証明書(夜間・休日等受診用)	確認書類	2. 市民税・県民税・森林環境税課税台帳記載事項証明書等
住所	広島市	区	町	丁目	番	号																	
氏名			生年	大正 昭和 (←いずれかに○)	月 日																		
自己負担金免除対象者	1. 被保護者証明書(夜間・休日等受診用)																						
確認書類	2. 市民税・県民税・森林環境税課税台帳記載事項証明書等																						
					<div data-bbox="1220 726 1702 790" data-label="Text"> <p>【参考】令和7年度版の接種券 (ロットシール貼付箇所の枠印字なし)</p> </div>																		

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年3月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考	接種券																															
B類	新型コロナ	ファイザー	コミナティ筋注		※令和8年度版の接種券は、ロットシール貼付箇所の枠印字あり。 →令和8年9月以降に(医師会を通じて)医療機関に配付予定。																															
		モデルナ	スパイクバックス																																	
		第一三共	ダイチロナ																																	
		武田薬品工業	ヌバキソビッド																																	
		Meiji Seika ファルマ	コスタイベ																																	
					<div data-bbox="1211 354 2063 715" data-label="Form"> <p>新型コロナウイルス感染症接種券(甲) (定期接種) [請求用] 広島市</p> <p>※住民登録している住所と氏名を記入してください。黒ボールペンで記入してください(鉛筆・消せるペン不可)。</p> <table border="1"> <tr> <td>住所</td> <td>広島市</td> <td>区</td> <td>町</td> <td>丁目</td> <td>番</td> <td>号</td> <td>医療機関コード(7桁)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="2">生年</td> <td colspan="2">大正</td> <td colspan="2">昭和 (←いずれかに○)</td> <td>接種年月日</td> <td>令和</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td></td> <td>医療機関所在地</td> <td></td> </tr> </table> <p>●自己負担金免除対象者の確認書類は、必ず接種時に医療機関に提示してください。 接種後に確認書類をお持ちいただいても、費用をお返すことはできません。</p> <p>※医療機関記入欄 ↓自己負担金免除対象者については、確認した書類のいずれかに○を記入</p> <table border="1"> <tr> <td>自己負担金免除対象者確認書類</td> <td>1. 被保護者証明書(夜間・休日等受診用)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2. 市民税・県民税・森林環境税課税台帳記載事項証明書等</td> </tr> </table> <p>電話番号 _____ 接種医師氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">令和7年9月作成</p> </div> <div data-bbox="1227 726 1704 794" data-label="Text"> <p>【参考】令和7年度版の接種券 (ロットシール貼付箇所の枠印字なし)</p> </div>	住所	広島市	区	町	丁目	番	号	医療機関コード(7桁)		氏名	生年		大正		昭和 (←いずれかに○)		接種年月日	令和			月日	年	月	日		医療機関所在地		自己負担金免除対象者確認書類	1. 被保護者証明書(夜間・休日等受診用)		2. 市民税・県民税・森林環境税課税台帳記載事項証明書等
住所	広島市	区	町	丁目	番	号	医療機関コード(7桁)																													
氏名	生年		大正		昭和 (←いずれかに○)		接種年月日	令和																												
		月日	年	月	日		医療機関所在地																													
自己負担金免除対象者確認書類	1. 被保護者証明書(夜間・休日等受診用)																																			
	2. 市民税・県民税・森林環境税課税台帳記載事項証明書等																																			