

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年6月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考	接種券
A類	□タウウイルス	GSK MSD	□タリックス □タテック		<div data-bbox="1715 283 2686 682"> <p>広島市</p> <p>医療機関コード(7桁)</p> <p>1 ロタウイルスワクチン(甲) ロットシール</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>医療機関コード(7桁) <input checked="" type="checkbox"/> 今回の接種ワクチンにチェック</p> <p><input type="checkbox"/> ロタリックス 項目No. 1531</p> <p><input type="checkbox"/> ロタテック 項目No. 1536</p> <p>住所 区 町 丁目 番 号 年月日</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>貼付箇所</p> <p>No. 0711350-9</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="1715 703 2686 1102"> <p>広島市</p> <p>医療機関コード(7桁)</p> <p>2 ロタウイルスワクチン(甲) ロットシール</p> <p>これまでに接種したワクチンにのみを、接種年月日を記入してください。</p> <p>1回目 <input type="checkbox"/> ロタリックス 令和 年 月 日</p> <p>2回目 <input type="checkbox"/> ロタテック 令和 年 月 日</p> <p>医療機関コード(7桁) <input checked="" type="checkbox"/> にチェック</p> <p><input type="checkbox"/> ス 項目No. 1532</p> <p><input type="checkbox"/> ス 項目No. 1537</p> <p>※ロタリックスを2回接種した場合は、接種完了ですので、3回目の接種券は破棄してください。</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 令和 . . 男・女</p> <p>接種年月日 令和 . .</p> <p>貼付箇所</p> <p>No. 0711350-9</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="1715 1123 2686 1470"> <p>広島市</p> <p>医療機関コード(7桁)</p> <p>3 ロタウイルスワクチン(甲) ロットシール</p> <p>これまでに接種したワクチンにのみを、接種年月日を記入してください。</p> <p>1回目 <input type="checkbox"/> ロタリックス 令和 年 月 日</p> <p>2回目 <input type="checkbox"/> ロタリックス 令和 年 月 日</p> <p>3回目 <input type="checkbox"/> ロタテック 令和 年 月 日</p> <p>医療機関コード(7桁) <input checked="" type="checkbox"/> 今回のワクチン(2回目と同ワクチン)</p> <p><input type="checkbox"/> ロタテック 項目No. 1538</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。</p> <p>※1回目がロタテック、2回目がロタリックスの場合は、接種前に健康推進課にお問合せください。</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 令和 . .</p> <p>接種年月日 令和 . .</p> <p>貼付箇所</p> <p>No. 0711350-9</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> </div>

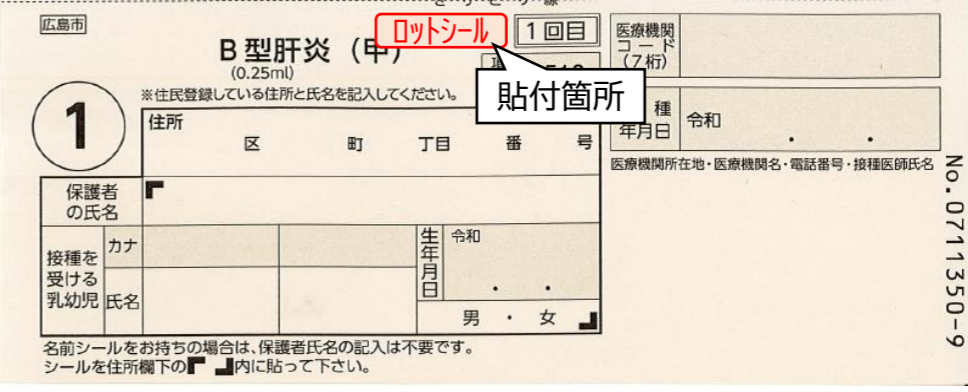
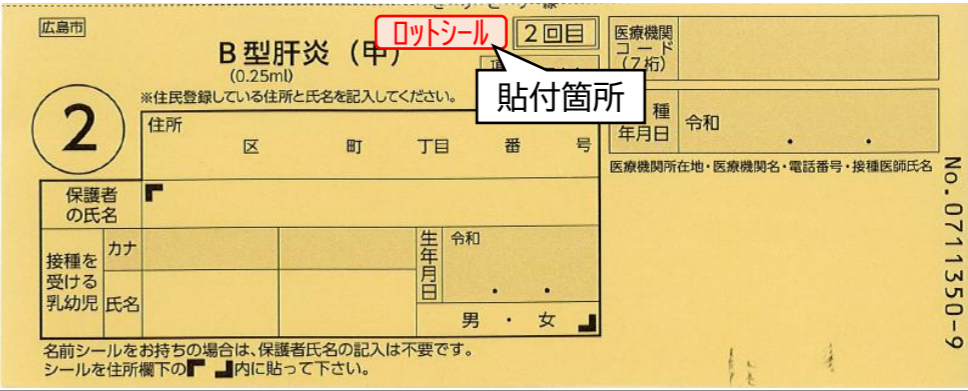
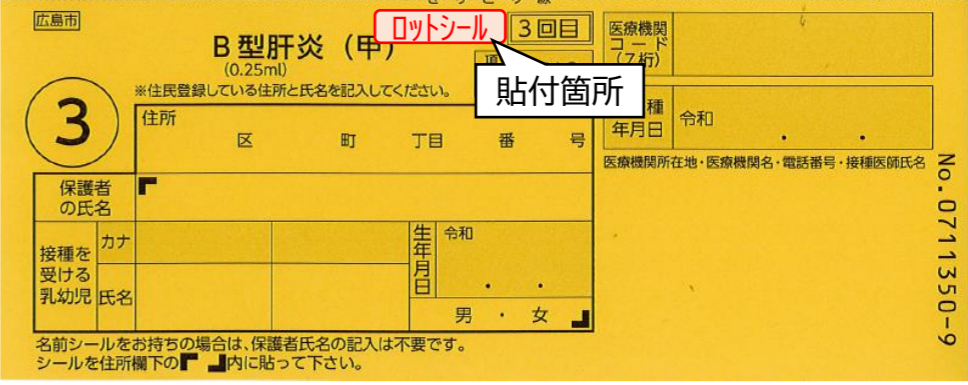
ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年6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	バクニューバンス		<div data-bbox="1715 289 2694 682"> <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 <input type="checkbox"/> 2~4歳</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>貼付箇所</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>
		ファイザー	プレベナー20		
					<div data-bbox="1715 699 2694 1092"> <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>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>貼付箇所</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="1715 1108 2694 1501"> <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>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>貼付箇所</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="1715 1518 2694 1911"> <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>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>貼付箇所</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6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	ヘプタバックスII		
		KMB	ビームゲン		
					
					

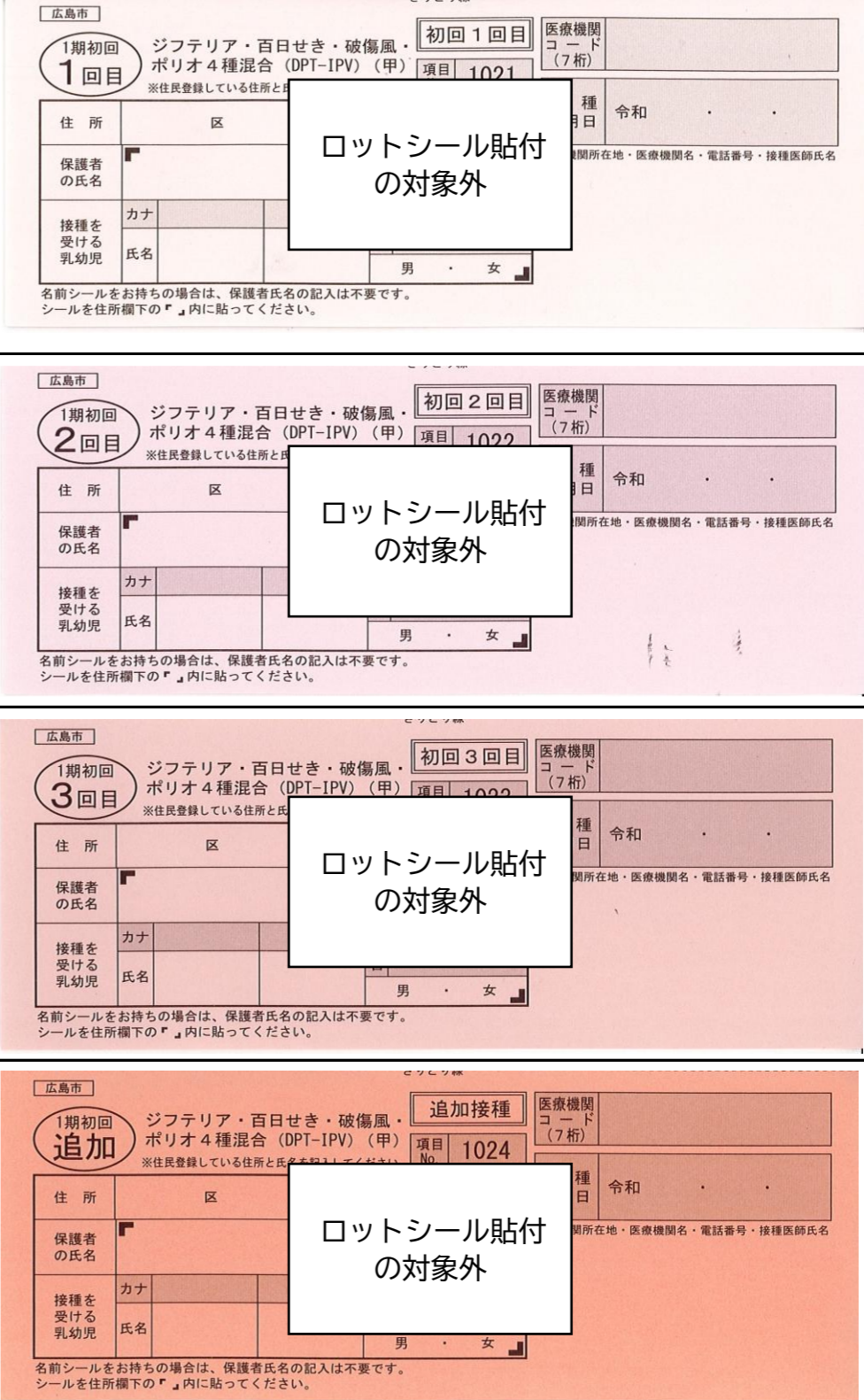
ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年6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6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	 <p>※販売終了(最終有効日:令和7年12月12日)に伴い、ロットシール貼付の「対象外」となる。</p>

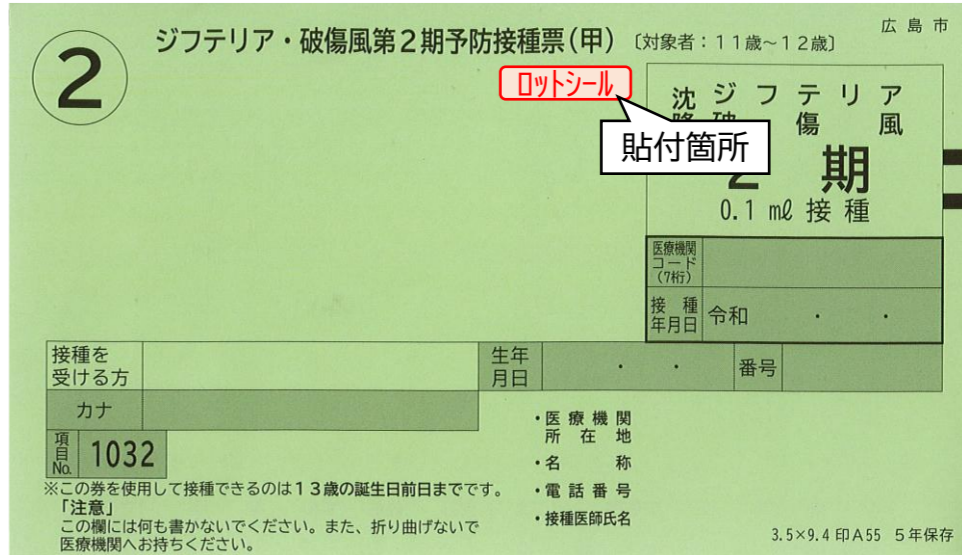
ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年6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		<div data-bbox="1724 296 2694 674"> <p>広島市 ジフテリア・百日咳(0.5ml皮下)3種混合(DPT) ロットシール 項目No. 1025 医療機関コード</p> <p>住所 区 町 丁目 貼付箇所</p> <p>1期初回 1回目 接種年月日 平成</p> <p>保護者の氏名 医療機関所在地・医療機関名・電話番号・医師氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 カナ 生年月日 平成 男・女 氏名</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> </div>
					<div data-bbox="1724 705 2694 1083"> <p>広島市 ジフテリア・百日咳(0.5ml皮下)3種混合(DPT) ロットシール 項目No. 1026 医療機関コード</p> <p>住所 区 町 丁目 貼付箇所</p> <p>1期初回 2回目 接種年月日 平成</p> <p>保護者の氏名 医療機関所在地・医療機関名・電話番号・医師氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 カナ 生年月日 平成 男・女 氏名</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> </div>
					<div data-bbox="1724 1115 2694 1493"> <p>広島市 ジフテリア・百日咳(0.5ml皮下)3種混合(DPT) ロットシール 項目No. 1027 医療機関コード</p> <p>住所 区 町 丁目 貼付箇所</p> <p>1期初回 3回目 接種年月日 平成</p> <p>保護者の氏名 医療機関所在地・医療機関名・電話番号・医師氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 カナ 生年月日 平成 男・女 氏名</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> </div>
					<div data-bbox="1724 1524 2694 1902"> <p>広島市 ジフテリア・百日咳(0.5ml皮下)3種混合(DPT) ロットシール 項目No. 1028 医療機関コード</p> <p>住所 区 町 丁目 貼付箇所</p> <p>1期初回 追加 接種年月日 平成</p> <p>保護者の氏名 医療機関所在地・医療機関名・電話番号・医師氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 カナ 生年月日 平成 男・女 氏名</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> </div>

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年6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		 <p>シフテリア・破傷風第2期予防接種票(甲) [対象者: 11歳~12歳] 広島市</p> <p>2</p> <p>シフテリア 破傷風 第2期 0.1 ml 接種</p> <p>医療機関 コード (7桁)</p> <p>接種 年月日 令和 . .</p> <p>接種を 受ける方 カナ</p> <p>生年 月日 . .</p> <p>番号</p> <p>項目 No. 1032</p> <p>※この券を使用して接種できるのは13歳の誕生日前日までです。 「注意」 この欄には何も書かないでください。また、折り曲げないで 医療機関へお持ちください。</p> <p>・医療機関 所在地 ・名称 ・電話番号 ・接種医師氏名</p> <p>3.5×9.4 印A55 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6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	イモボックスポリオ		<div data-bbox="1736 304 2686 682"> <p>広島市(0.5ml皮下) 初回 1回目 不活化ポリオ(甲) 医療機関コード</p> <p>初回 1 ロットシール 項目No. 1033</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>医療機関所在地・医療機関名・電話番号・医師氏名</p> <p>接種年月日 平成 令和</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 氏名 性別 平成 令和 男 女</p> <p>26.7改 A6 色上70 5年保存</p> </div>
					<div data-bbox="1736 714 2686 1092"> <p>広島市(0.5ml皮下) 初回 2回目 不活化ポリオ(甲) 医療機関コード</p> <p>初回 2 ロットシール 項目No. 1034</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>医療機関所在地・医療機関名・電話番号・医師氏名</p> <p>接種年月日 平成 令和</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 氏名 性別 平成 令和 男 女</p> <p>26.7改 A6 色上70 5年保存</p> </div>
					<div data-bbox="1736 1123 2686 1501"> <p>広島市(0.5ml皮下) 初回 3回目 不活化ポリオ(甲) 医療機関コード</p> <p>初回 3 ロットシール 項目No. 1035</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>医療機関所在地・医療機関名・電話番号・医師氏名</p> <p>接種年月日 平成 令和</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 氏名 性別 平成 令和 男 女</p> <p>26.7改 A6 色上70 5年保存</p> </div>
					<div data-bbox="1736 1533 2686 1911"> <p>広島市(0.5ml皮下) 追加接種 不活化ポリオ(甲) 医療機関コード</p> <p>初回 追加 ロットシール 項目No. 1036</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>医療機関所在地・医療機関名・電話番号・医師氏名</p> <p>接種年月日 平成 令和</p> <p>保護者の氏名</p> <p>接種を受ける乳幼児 氏名 性別 平成 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6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>貼付箇所</p>
					<p>2 ヒブワクチン(甲) ロットシール 2回目</p> <p>貼付箇所</p>
					<p>3 ヒブワクチン(甲) ロットシール 3回目</p> <p>貼付箇所</p>
					<p>4 ヒブワクチン(甲) ロットシール 4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6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>広島市 BCG (甲) ロットシール 項目 No. 1441 医療機関コード (7桁)</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 令和 男・女</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>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>

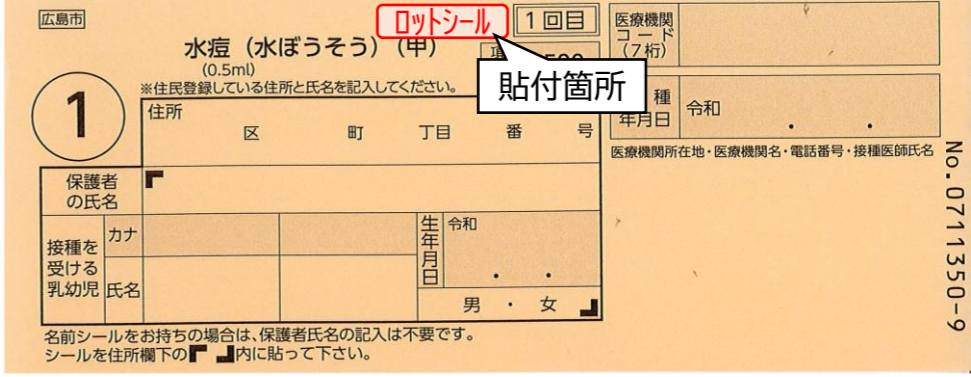
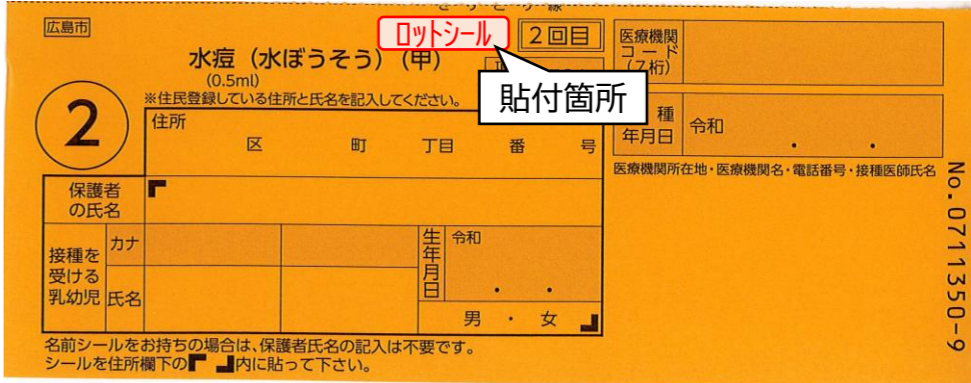
ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年6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6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>貼付箇所</p>
					 <p>2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6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	エンセバック		<p>The image shows three vaccination certificates for Japanese Encephalitis (1st phase) from Hiroshima City. Each certificate is for a different dose: 1st initial (1101), 2nd initial (1102), and 1st additional (1103). Each certificate has a red box labeled 'ロットシール' (rotary seal) pointing to the address field, which is also labeled '貼付箇所' (sticker location). The certificates include fields for recipient name, date of birth, sex, and medical institution code. A vertical number 'No. 0711350-9' is printed on the right side of each certificate.</p>
		阪大微生物病研究会	ジェービックV		

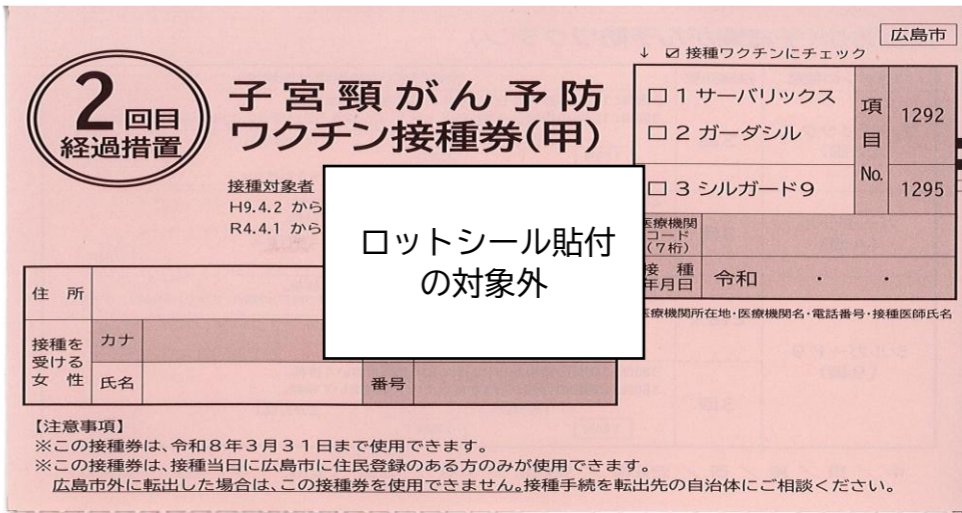
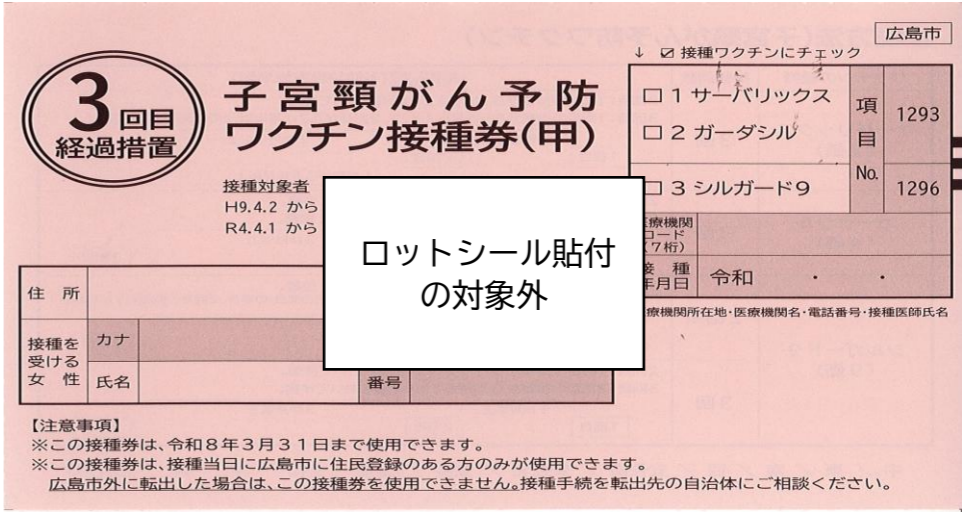
ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年6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	エンセバック		
		阪大微生物病研究会	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6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6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6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	プレベナー20	R8.4.1追加																					
					<div data-bbox="1715 428 2680 930" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種券(0.5mℓ接種)(甲)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">医療機関 コード (7桁)</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ロットシール</td> <td style="text-align: center;">接 種 年月日</td> <td style="text-align: center;">令和 . .</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">貼付箇所 のワクチンの接種を受け 人は使用できません (た場合も含む)。</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> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">接種を 受ける方</td> <td style="width: 10%;">生年 月日</td> <td style="width: 30%;">番号</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">カナ</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <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</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 被保護者証明書 (夜間・休日等受診用)</td> <td style="width: 50%;">・ 医療機関 所在地</td> </tr> <tr> <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> <td>・ 医療機関名</td> </tr> <tr> <td></td> <td>・ 電話番号</td> </tr> <tr> <td></td> <td>・ 接種医師氏名</td> </tr> </table> <p style="text-align: right; font-size: small;">3.5×9.4 印A70 5年保存</p> </div>		医療機関 コード (7桁)		ロットシール	接 種 年月日	令和 . .	接種を 受ける方	生年 月日	番号	カナ			1. 被保護者証明書 (夜間・休日等受診用)	・ 医療機関 所在地	2. 市民税・県民税・森林環境税課税台帳記載事項証明書等	・ 医療機関名		・ 電話番号		・ 接種医師氏名
	医療機関 コード (7桁)																								
ロットシール	接 種 年月日	令和 . .																							
接種を 受ける方	生年 月日	番号																							
カナ																									
1. 被保護者証明書 (夜間・休日等受診用)	・ 医療機関 所在地																								
2. 市民税・県民税・森林環境税課税台帳記載事項証明書等	・ 医療機関名																								
	・ 電話番号																								
	・ 接種医師氏名																								

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年6月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考	接種券
B類	带状疱疹	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。 →貼付枠の「*****」に重なるよう貼付してください。
		阪大微生物病研究会	ビケン		

1 带状疱疹ワクチン接種券【1回目】(甲)

医療機関コード(7桁)

接種年月日 令和 . .

▼接種ワクチン枠欄

組換えワクチン(シングリックス) **ロットシール *******

生ワクチン(ビケン) *****

▼免除対象者確認書類枠欄

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

シングリックス 一般(1551) 免除(1553)
ビケン 一般(1555) 免除(1557)

※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。

接種を受ける方 生年月日 . . . 番号

カナ

※この券を使用して接種を受けられるのは
令和9年3月31日までです。

5年保存

貼付箇所「*」に重ねて貼付

带状疱疹ワクチン接種券【1回目】(乙)
(带状疱疹ワクチン【1回目】接種済証)

接種年月日 令和 . .

ワクチン名/メーカー/ロット番号

区

生年月日 昭和 . 年 . 月 . 日

広島市長 (公印省略)

・医療機関所在地
・名称
・電話番号
・接種医師名

※予防接種を受けたことを証明するものですから、大切に保管してください。

※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。
→貼付枠の「*****」に重なるよう貼付してください。

2 带状疱疹ワクチン接種券【2回目】(甲)
(2回目の接種券は組換えワクチンのみ使用可)

医療機関コード(7桁)

接種年月日 令和 . .

※生ワクチン(ビケン)を1回接種した場合は、接種完了ですので、2回目の接種券は放棄してください。

▼接種ワクチン枠欄

組換えワクチン(シングリックス) **ロットシール *******

▼免除対象者確認書類枠欄

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

シングリックス 一般(1552) 免除(1554)

※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。

接種を受ける方 生年月日 . . . 番号

カナ

※この券を使用して接種を受けられるのは
令和9年3月31日までです。

5年保存

貼付箇所「*」に重ねて貼付

带状疱疹ワクチン接種券【2回目】(乙)
(带状疱疹ワクチン【2回目】接種済証)

接種年月日 令和 . .

ワクチン名/メーカー/ロット番号

広島市 区

町 丁目 番号

・医療機関所在地
・名称
・電話番号
・接種医師名

※予防接種を受けたことを証明するものですから、大切に保管してください。

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年6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	

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**

※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)。

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	年	月	日		

●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。

※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

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
--------------------	---

医療機関コード(7桁) _____

接種年月日 令和

医療機関所在地 _____

医療機関名 _____

電話番号 _____

接種医師氏名 _____

令和7年9月作成

**【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)**

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年6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		

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**

※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)。

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	年	月	日

● 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、費用をお返しすることはできません。

※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

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
--------------------	---

医療機関コード(7桁) _____

接種年月日 令和

医療機関所在地 _____

医療機関名 _____

電話番号 _____

接種医師氏名 _____

令和7年9月作成

**【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)**