

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年10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	ロタリックス		1 ロタウイルスワクチン (甲) ロットシール 医療機関コード (7桁) 貼付箇所 ※今回の接種ワクチンにチェック ☐ ロタリックス 項目No. 1531 ☐ ロタテック 項目No. 1536 ※住民登録している住所と氏名を記入してください。 住所 区 町 丁目 番 号 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 保護者の氏名 カナ 氏名 生年月日 令和 . . 男・女 接種を受ける乳幼児 氏名 生年月日 令和 . . 男・女 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「貼付箇所」内に貼って下さい。 No. 0711350-9	
		MSD	ロタテック			2 ロタウイルスワクチン (甲) ロットシール 医療機関コード (7桁) 貼付箇所 1回目 ☐ ロタリックス 令和 年 月 日 ☐ ロタテック 令和 年 月 日 ※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回目の接種券は繰越してください。 住所 区 町 丁目 番 号 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 保護者の氏名 カナ 氏名 生年月日 令和 . . 男・女 接種を受ける乳幼児 氏名 生年月日 令和 . . 男・女 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「貼付箇所」内に貼って下さい。 No. 0711350-9
						3 ロタウイルスワクチン (甲) ロットシール 医療機関コード (7桁) 貼付箇所 1回目 ☐ ロタリックス 令和 年 月 日 2回目 ☐ ロタリックス 令和 年 月 日 ☐ ロタテック 令和 年 月 日 ※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、この接種券は繰越してください。 ※1回目がロタテック、2回目がロタリックスの場合は、接種前に医療機関にお問合せ下さい。 住所 区 町 丁目 番 号 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 保護者の氏名 カナ 氏名 生年月日 令和 . . 男・女 接種を受ける乳幼児 氏名 生年月日 令和 . . 男・女 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「貼付箇所」内に貼って下さい。 No. 0711350-9

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年10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	バクニューバンス プレバナー20		広島市 小児用肺炎球菌ワクチン ロットシール 1回目 医療機関コード 7桁 1 ※住民登録している住所と氏名を記入してください。 ワクチンの種類 ☐⑤ 15価 ☐⑥ 20価 開始時の年齢区分 ☐2～6か月齢 ☐7～11か月齢 貼付箇所 住所 区 町 丁目 番 号 保護者の氏名 接種を受ける乳幼児 カナ 氏名 生年月日 令和 男・女 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。 令和 年月日 医療機関所在地・医療機関名・電話番号・接種医師氏名 No.0711350-9 広島市 小児用肺炎球菌ワクチン ロットシール 2回目 医療機関コード 7桁 2 ※住民登録している住所と氏名を記入してください。 ワクチンの種類 ☐⑤ 15価 ☐⑥ 20価 開始時の年齢区分 ☐2～6か月齢 ☐7～11か月齢 貼付箇所 住所 区 町 丁目 番 号 保護者の氏名 接種を受ける乳幼児 カナ 氏名 生年月日 令和 男・女 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。 令和 年月日 医療機関所在地・医療機関名・電話番号・接種医師氏名 No.0711350-9

広島市

小児用肺炎球菌ワクチン

ロットシール

3回目

医療機関コード

7桁

3

※住民登録している住所と氏名を記入してください。

ワクチンの種類
☐⑤ 15価
☐⑥ 20価

開始時の年齢区分
☐2～6か月齢
☐7～11か月齢

貼付箇所

住所
区 町 丁目 番 号

保護者の氏名

接種を受ける乳幼児
カナ 氏名 生年月日 令和 男・女

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。

令和

年月日

医療機関所在地・医療機関名・電話番号・接種医師氏名

No.0711350-9

広島市

小児用肺炎球菌ワクチン

ロットシール

4回目

医療機関コード

7桁

4

※住民登録している住所と氏名を記入してください。

ワクチンの種類
☐⑤ 15価
☐⑥ 20価

開始時の年齢区分
☐2～6か月齢

貼付箇所

住所
区 町 丁目 番 号

保護者の氏名

接種を受ける乳幼児
カナ 氏名 生年月日 令和 男・女

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。

令和

年月日

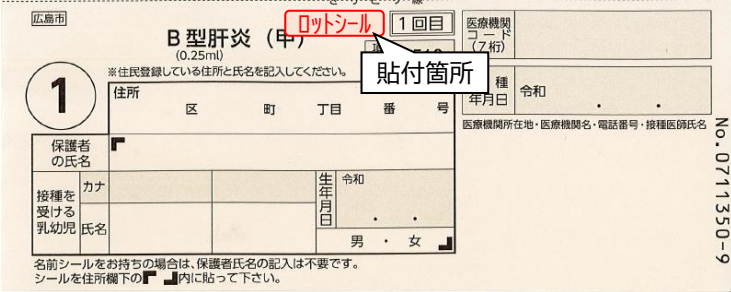
医療機関所在地・医療機関名・電話番号・接種医師氏名

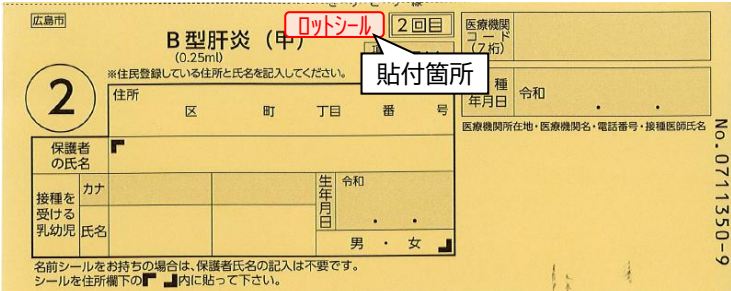
No.0711350-9

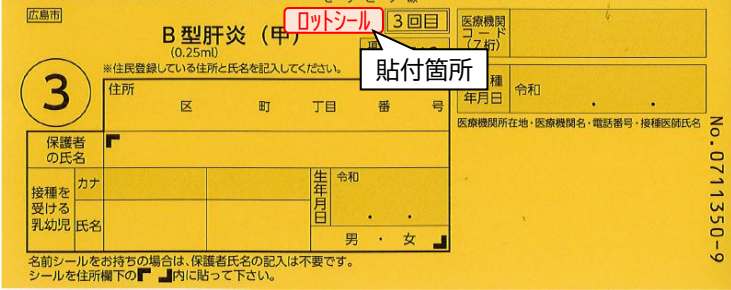
ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年10月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考
A類	B型肝炎	MSD	ヘプタバックスⅡ	
		KMB	ビームゲン	







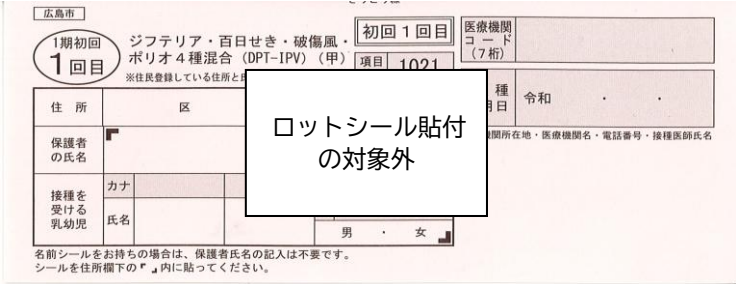
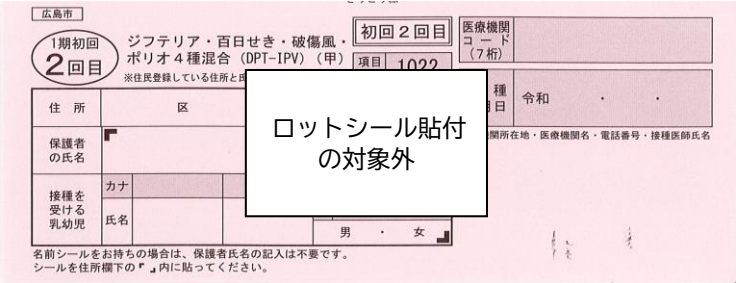
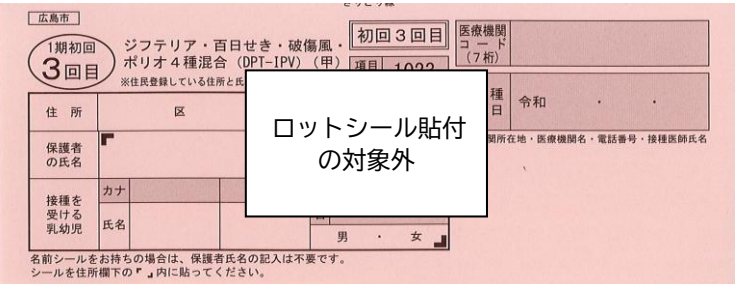
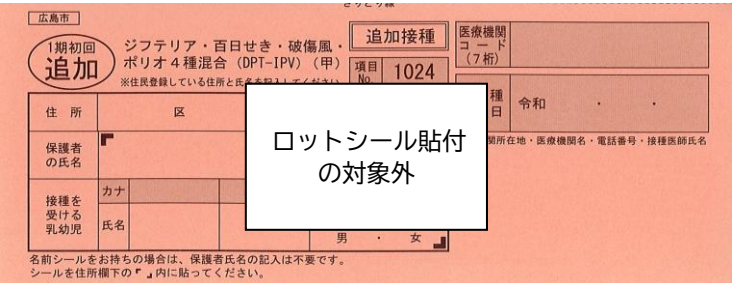
ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年10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 阪大微生物病研究会	クイントバック ゴービック		広島市 1期初回 1回目 5種 混合 (ジフテリア・百日せき 破傷風・ポリオ・ヒブ) (甲) ※住民登録している住所と氏名を記入してください 初回 1回目 医療機関 コード (7桁) 貼付箇所 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 No.0711350-9 住所 区 町 丁目 番 号 保護者 の氏名 カナ 接種を 受ける 乳幼児 氏名 生 年 月 日 令和 . . . 男 ・ 女 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。
					広島市 1期初回 2回目 5種 混合 (ジフテリア・百日せき 破傷風・ポリオ・ヒブ) (甲) ※住民登録している住所と氏名を記入してください 初回 2回目 医療機関 コード (7桁) 貼付箇所 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 No.0711350-9 住所 区 町 丁目 番 号 保護者 の氏名 カナ 接種を 受ける 乳幼児 氏名 生 年 月 日 令和 . . . 男 ・ 女 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。
					広島市 1期初回 3回目 5種 混合 (ジフテリア・百日せき 破傷風・ポリオ・ヒブ) (甲) ※住民登録している住所と氏名を記入してください 初回 3回目 医療機関 コード (7桁) 貼付箇所 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 No.0711350-9 住所 区 町 丁目 番 号 保護者 の氏名 カナ 接種を 受ける 乳幼児 氏名 生 年 月 日 令和 . . . 男 ・ 女 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。
					広島市 1期 追加 5種 混合 (ジフテリア・百日せき 破傷風・ポリオ・ヒブ) (甲) ※住民登録している住所と氏名を記入してください 追加接種 医療機関 コード (7桁) 貼付箇所 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 No.0711350-9 住所 区 町 丁目 番 号 保護者 の氏名 カナ 接種を 受ける 乳幼児 氏名 生 年 月 日 令和 . . . 男 ・ 女 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。

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年10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	
※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。					
					
					
					

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年10月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考
A類	3種混合	阪大微生物病研究会	トリビック	

接種券	
広島市 小児医療センター (0.5ml皮下) 3種混合 (DPT)	項目No. 1025
住所 区 町 丁目	貼付箇所
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
接種を受ける乳幼児 氏名	接 種 平成 . . .
カナ	生年月日 平成 . . .
男 . 女	
※ 住民登録している住所と氏名を記入してください。	

接種券	
広島市 小児医療センター (0.5ml皮下) 3種混合 (DPT)	項目No. 1026
住所 区 町 丁目	貼付箇所
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
接種を受ける乳幼児 氏名	接 種 平成 . . .
カナ	生年月日 平成 . . .
男 . 女	
※ 住民登録している住所と氏名を記入してください。	

接種券	
広島市 小児医療センター (0.5ml皮下) 3種混合 (DPT)	項目No. 1027
住所 区 町 丁目	貼付箇所
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
接種を受ける乳幼児 氏名	接 種 平成 . . .
カナ	生年月日 平成 . . .
男 . 女	
※ 住民登録している住所と氏名を記入してください。	

接種券	
広島市 小児医療センター (0.5ml皮下) 3種混合 (DPT)	項目No. 1028
住所 区 町 丁目	貼付箇所
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
接種を受ける乳幼児 氏名	接 種 平成 . . .
カナ	生年月日 平成 . . .
男 . 女	
※ 住民登録している住所と氏名を記入してください。	

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年10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		2 ジフテリア・破傷風第2期予防接種票(甲) [対象者: 11歳~12歳] 広島市 ロットシール 貼付箇所 沈 ジフテリア 傷 風 期 0.1 ml 接 種 医療機関コード (7桁) 接 種 年月日 令和 . . 接種を受ける方 カナ 生年 月 日 . . 番号 項目 No. 1032 ・医療機関所在地 ・名称 ・電話番号 ・接種医師氏名 ※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。 3.5×9.4 印A55 5年保存

※令和8年10月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考
A類	不活化ポリオ	サノフィ	イモバックスポリオ	

広島市

(0.5ml皮下)

初回

1

不活化ポリオ (甲)

項目No.

1033

医療機関コード

接種年月日

令和

医療機関所在地・医療機関名・電話番号・医師氏名

住所

区

町

丁

貼付箇所

保護者の氏名

接種を受ける乳幼児

カナ

氏名

生年月日

令和

男

女

26.7改 A6 色上70 5年保存

広島市

(0.5ml皮下)

初回

2

不活化ポリオ (甲)

項目No.

1034

医療機関コード

接種年月日

令和

医療機関所在地・医療機関名・電話番号・医師氏名

住所

区

町

丁

貼付箇所

保護者の氏名

接種を受ける乳幼児

カナ

氏名

生年月日

令和

男

女

26.7改 A6 色上70 5年保存

広島市

(0.5ml皮下)

初回

3

不活化ポリオ (甲)

項目No.

1035

医療機関コード

接種年月日

令和

医療機関所在地・医療機関名・電話番号・医師氏名

住所

区

町

丁

貼付箇所

保護者の氏名

接種を受ける乳幼児

カナ

氏名

生年月日

令和

男

女

26.7改 A6 色上70 5年保存

広島市

(0.5ml皮下)

初回

追加

不活化ポリオ (甲)

項目No.

1036

医療機関コード

接種年月日

令和

医療機関所在地・医療機関名・電話番号・医師氏名

住所

区

町

丁

貼付箇所

保護者の氏名

接種を受ける乳幼児

カナ

氏名

生年月日

令和

男

女

26.7改 A6 色上70 5年保存

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年10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		広島市 ヒブワクチン(甲) ※住民登録している住所と氏名を記入してください。 開始時の年齢区分 1回目 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 1 住所 区 町 丁目 番号 保護者の氏名 接種を受ける乳幼児 カナ 氏名 平成・令和 男・女 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。 広島市 ヒブワクチン(甲) ※住民登録している住所と氏名を記入してください。 開始時の年齢区分 2回目 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 2 住所 区 町 丁目 番号 保護者の氏名 接種を受ける乳幼児 カナ 氏名 平成・令和 男・女 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。 広島市 ヒブワクチン(甲) ※住民登録している住所と氏名を記入してください。 開始時の年齢区分 3回目 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 3 住所 区 町 丁目 番号 保護者の氏名 接種を受ける乳幼児 カナ 氏名 平成・令和 男・女 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。 広島市 ヒブワクチン(甲) ※住民登録している住所と氏名を記入してください。 開始時の年齢区分 4回目 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 4 住所 区 町 丁目 番号 保護者の氏名 接種を受ける乳幼児 カナ 氏名 平成・令和 男・女 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。

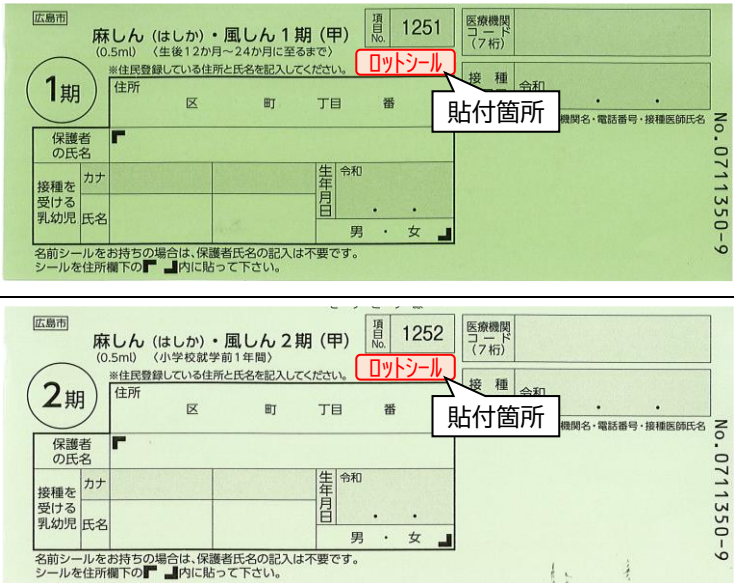
ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年10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		広島市 BCG (目) ※住民登録している住所と氏名を記入してください 住所 区 町 丁目 番 号 保護者の氏名 接種を受ける乳幼児の氏名 カナ 生年 月 日 令和 男 女 貼付箇所 医療機関コード (7桁) 1441 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 No.0711350-9 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。

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年10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10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		

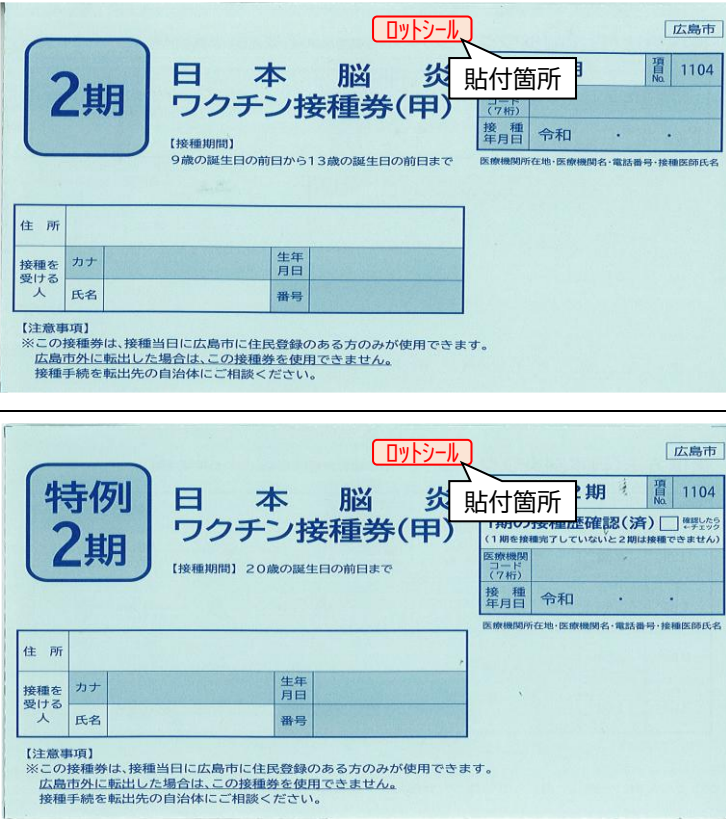
ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年10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		広島市 日本脳炎 (甲) 項目No. 1101 医療機関コード (7桁) 1期初回1回目 3歳未満 0.25ml 3歳以上 0.5ml ※住民登録している住所と氏名を記入してください。 住所 区 町 丁目 番 接種 令和 貼付箇所 保護者の氏名 接種を受ける乳幼児 氏名 生年月日 男 ・ 女 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。 No. 0711350-9
		阪大微生物病研究会	ジェービックV		
					広島市 日本脳炎 (甲) 項目No. 1102 医療機関コード (7桁) 1期初回2回目 3歳未満 0.25ml 3歳以上 0.5ml ※住民登録している住所と氏名を記入してください。 住所 区 町 丁目 番 接種 令和 貼付箇所 保護者の氏名 接種を受ける乳幼児 氏名 生年月日 男 ・ 女 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。 No. 0711350-9
					広島市 日本脳炎 (甲) 項目No. 1103 医療機関コード (7桁) 1期追加 3歳未満 0.25ml 3歳以上 0.5ml ※住民登録している住所と氏名を記入してください。 住所 区 町 丁目 番 接種 令和 貼付箇所 保護者の氏名 接種を受ける乳幼児 氏名 生年月日 男 ・ 女 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。 No. 0711350-9

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年10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10月時点

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

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年10月時点

区分	ワクチン	メーカー	製品名	備考
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	

※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。

接種券

2回目
経過措置

子宮頸がん予防
ワクチン接種券(甲)

接種対象者
H9.4.2 から
R4.4.1 から

接種を受ける女性
住所
氏名
氏名
番号

ロットシール貼付
の対象外

項目
No.

1292
1295

接種ワクチンにチェック

1 サーバリックス

2 ガーダシル

3 シルガード9

接種機関コード
(7桁)
令和
令和
令和

接種場所所在地・医療機関名・電話番号・接種医師氏名

【注意事項】

※この接種券は、令和8年3月31日まで使用できます。

※この接種券は、接種当日に広島市に住民登録のある方のみが使用できます。

広島市外に転出した場合は、この接種券を使用できません。接種手続を転出先の自治体にご相談ください。

3回目
経過措置

子宮頸がん予防
ワクチン接種券(甲)

接種対象者
H9.4.2 から
R4.4.1 から

接種を受ける女性
住所
氏名
氏名
番号

ロットシール貼付
の対象外

項目
No.

1293
1296

接種ワクチンにチェック

1 サーバリックス

2 ガーダシル

3 シルガード9

接種機関コード
(7桁)
令和
令和
令和

接種場所所在地・医療機関名・電話番号・接種医師氏名

【注意事項】

※この接種券は、令和8年3月31日まで使用できます。

※この接種券は、接種当日に広島市に住民登録のある方のみが使用できます。

広島市外に転出した場合は、この接種券を使用できません。接種手続を転出先の自治体にご相談ください。

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年10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
					広島市 RSウイルス母子免疫ワクチン接種券 妊婦用 ▼接種を受ける人(※)が、接種時、住民登録している住所と氏名などを記入してください。 住所 広島市 区 丁目 番 号 カナ 氏名 生年月日 昭和 平成 年 月 日 ▼接種医師が、「対象妊婦選数であること」を確認し、該当の選数に○してください。 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 ※接種を受ける人が満16歳未満の場合は保護者の方 【請求用】 項目No. 1581 医療機関コード(7桁) 接種年月日 令和 年 月 日 ▼ロットシール ロットシール 貼付箇所

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年10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											
					高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種券(0.5mℓ接種)(甲) <table><tr><td>医療機関 コード (7桁)</td><td></td></tr><tr><td>接種 年月日</td><td>令和 . .</td></tr></table> ロットシール 貼付箇所 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)。 ●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) ※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 <table><tr><td>接種を受ける方</td><td>生年 月日</td><td>番号</td></tr><tr><td>カナ</td><td></td><td></td></tr></table> ・医療機関 所 在 地 ・医療機関名 ・電 話 番 号 ・接種医師氏名 ↓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 3.5×9.4 ID A70 5年保存	医療機関 コード (7桁)		接種 年月日	令和 . .	接種を受ける方	生年 月日	番号	カナ		
医療機関 コード (7桁)															
接種 年月日	令和 . .														
接種を受ける方	生年 月日	番号													
カナ															

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年10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 . . 接種ワクチン区分 ☐ 組換えワクチン(シングリックス) ☐ 生ワクチン(ビケン) 接種ワクチン区分 ***** 接種券を 受ける方 カナ 生年月日 . . 番号 医療機関所在地 医療機関名 電話番号 接種医師氏名 ※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。 ※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 5年保存 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 貼付箇所 「*」に重ねて貼付 生年月日 昭和 . 年 . 月 . 日 広島市 区 丁目 番 号 医療機関所在地 名称 電話番号 接種医師氏名 ※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 . . 接種ワクチン区分 ☐ 組換えワクチン(シングリックス) ☐ 生ワクチン(ビケン) 接種ワクチン区分 ***** 接種券を 受ける方 カナ 生年月日 . . 番号 医療機関所在地 医療機関名 電話番号 接種医師氏名 ※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。 ※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 5年保存 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 貼付箇所 「*」に重ねて貼付 生年月日 昭和 . 年 . 月 . 日 広島市 区 丁目 番 号 医療機関所在地 名称 電話番号 接種医師氏名 ※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10月時点

区分 B類	ワクチン インフルエンザ	メーカー	製品名	備考	接種券 ※令和8年度版から、ロットシール貼付箇所の枠印字あり。
		KMB	KMB		
		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	王フルエルダ	R8.10.1追加予定	

インフルエンザ接種券（甲）（定期接種）〔請求用〕				広島市	
注 意 ●自己負担金免除対象者確認書類は、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。					
▼黒ボールペンで住民登録している住所と氏名・カナ等を丁寧に記入してください。 （読めない場合、個人の接種情報が正確に登録できない場合があります）					
住所	広島市			医療機関コード（7桁）	
	区	町	丁目	番 号	（号室）
カナ				（↓いずれかに○） 大正 ・ 昭和	
氏名				生 年 月 日	接 種 年 月 日
↓ 確認した書類のいずれかに □ をしてください。				医療機関所在地	
自己負担金免除対象者確認書類【接種時に確認】				医療機関名	
☐ 1. 被保護者証明書（夜間・休日等受診用）				電話番号	
☐ 2. 市民税・県民税・森林環境税課税台帳記載事項証明書 等				接種医師氏名	
令和8年9月作成					

貼付箇所

ロットシール貼付場所(定期接種用ワクチン)

※令和8年10月時点

区分

B類

ワクチン

新型コロナ

メーカー

ファイザー

製品名

コミナティ筋注

備考

メーカー

モデルナ

製品名

エムネクススパイク

備考

メーカー

第一三共

製品名

ダイチロナ

備考

メーカー

Meiji Seika ファルマ

製品名

コスタイベ

備考

メーカー

武田薬品工業

製品名

ヌバキソビッド

備考

接種券

※令和8年度版から、ロットシール貼付箇所の枠印字あり。

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

注 意

●自己負担金免除対象者確認書類は、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、費用をお返しいことはできません。

▼黒ボールペンで住民登録している住所と氏名・カナ等を丁寧に記入してください。
（読めない場合、個人の接種情報が正確に登録できない場合があります）

住所

広島市

区

町

丁目

番

号

(号室)

カナ

生

年

月

日

(↓いずれかに○)

大正

・

昭和

年

月

日

氏名

↓ 確認した書類のいずれかに ☒ をしてください。

自己負担金免除対象者確認書類【接種時に確認】

☐ 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

▼ロットシール貼付

ロットシール

貼付箇所

医療機関
所 在 地

医療機関名

電 話 番 号

接種医師氏名

令和8年9月作成