

## 高齢者を対象とした

# 岩手県広域的予防接種 協力医療機関の手引き



岩手県保健福祉部  
(一社) 岩手県医師会

令和6年4月

## 目次

はじめに	p 1
対象ワクチンとその対象者	p 2
接種の手続き	p 4
1 予約の受付	
2 受診時の窓口対応	
対象者が持参する書類	p 4 p 5
1 岩手県高齢者広域接種受診票	
2 健康保険証又は運転免許証等の本人確認ができる書類	
3 予診票	
接種料金について	p 5
窓口での費用徴収	p 6～p 8
委託料の請求	p 9
副反応報告について	p 10
健康被害への対応について	p 10
個人情報の保護について	p 10
各種様式	
(別紙様式4-1) 岩手県広域的予防接種承諾書兼委任状 (A類及びB類疾病)	p 11
(別紙様式4-1の2) 岩手県広域的予防接種承諾書兼委任状 (A類疾病)	p 12
(別紙様式4-1の3) 岩手県広域的予防接種承諾書兼委任状 (B類疾病)	p 13
(別紙様式4-2) 岩手県広域的予防接種協力医療機関等変更届	p 14
(別紙様式10の2) 岩手県広域的予防接種実施報告書兼請求書 (B類疾病)	p 15
「岩手県広域的予防接種」受付チェックシート (高齢者)	p 16
予診票標準様式 高齢者の季節性インフルエンザ	p 17
予診票標準様式 高齢者の肺炎球菌感染症	p 18
(参考) 参考ホームページ URL 等	p 19
各市町村予防接種担当課一覧 (高齢者) 問合せ・連絡先	p 20 p 21

## はじめに

- ・ 昭和 23 年に「予防接種法」が施行されましたが、状況の変化や国民意識の高まり等により、平成 6 年「義務接種」から「努力義務」とする大改正が行われました。
- ・ 予防接種法に基づく定期接種は市町村長が行うこととされ、実施主体は市町村であり、通常は当該地域内又は近隣での接種の実施が想定されているものです。
- ・ このような状況下で本県では、県民の利便性向上のため、平成 10 年、県内の他の市町村でも受診できるよう、全国に先駆け「乳幼児定期予防接種の広域実施体制」を構築し、その後、各市町村においてそれぞれ取り組んできました。
- ・ しかし、この運用も約 20 年が経過し、県民や関係者から「より便利に」「より簡便に」との声も高まってきたことから、県民の利便性の更なる向上と予防接種率の向上を図り、併せて対応する医療機関の事務手続き平準化・低減を図るため、平成 30 年 1 月、「岩手県広域的予防接種実施要領」を策定し、これに基づき乳幼児等（A 類疾病）について「広域接種パスポート」制度を創設して、同年 4 月より県内 33 の全市町村で取組みを開始しました。
- ・ この乳幼児等の新たな取組は、想定以上に順調に運用されていることから、これまでも関係者から要望の多かった「高齢者（B 類疾病）の広域的予防接種」実施体制について検討し、今般、新たに対応体制を構築することとしました。
- ・ 併せて、県境部等にお住まいの皆様への利便性向上のため、県外の医療機関においても県内と同様に広域的予防接種を実施できるよう、今回の要領改正で他県での対応を盛り込みました。今後、必要な準備を進めていきます。
- ・ 医療機関や市町村等、関係者の皆様におかれましては、この手引きも参考に、本制度の全かつ円滑な実施について御理解をいただき、引き続き御協力をお願いします。



### 岩手県高齢者広域的予防接種マスコットキャラクター 「こういきさん」

- ・ 県のシルエットをかたどったキャラクターが笑顔で注射器を抱える図案により、岩手県全体で「県民にやさしい」予防接種の実施に取り組んでいることを表しています。
- ・ 高齢者代表のイメージとして、シニアグラスをかけています。

## 対象ワクチンとその対象者

※ 本県の広域的予防接種の対象とする、予防接種法第2条第3項に規定されるB類疾病に係る高齢者の予防接種

高齢者の季節性インフルエンザについて（定期接種と任意接種との比較）

区分	予防接種の種類	接種対象者	回数
定期接種 (B類)	インフルエンザ HAワクチン	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 65 歳以上の者</li> <li>・ 60 歳以上 65 歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者</li> </ul>	毎年度 1 回（予防接種実施規則により規定）
(参考) 任意接種	インフルエンザ HAワクチン	・ 生後 6 か月以上で定期接種（B類）の対象者を除く全年齢	13 歳未満：2 回（毎季） 13 歳以上：1 回又は 2 回（毎季）

高齢者の肺炎球菌感染症について（定期接種と任意接種との比較）

区分	予防接種の種類	接種対象者	回数
定期接種 (B類)	23 価肺炎球菌莢膜 ポリサッカライド ワクチン	<p>ア 65 歳の者</p> <p>イ 60 歳以上 65 歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者。</p> <p>ただし、イに該当する者として既に当該予防接種を受けた者は、アの対象者から除く。</p> <p>（対象者の詳細は下記※（1）～（3）を参照）</p>	1 回
(参考) 任意接種	23 価肺炎球菌莢膜 ポリサッカライド ワクチン	・ 定期接種（B類）の対象者を除く高齢者	1 回
	沈降 13 価肺炎球菌 結合型ワクチン	・ 65 歳以上の者	

※高齢者の肺炎球菌感染症に係る定期接種について

(1) 対象者から除外される者

これまでに、23 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチンを 1 回以上接種した者は、当該予防接種を定期接種として受けることはできない。

(2) 接種履歴の確認

高齢者の肺炎球菌感染症の予防接種を行うに当たっては、予診票により、当該予防接種の接種歴について確認を行う。

(3) 予防接種の特例

令和 2 年（2020 年）4 月 1 日から令和 6（2024）年 3 月 31 日までの間、アの対象者については、65 歳、70 歳、75 歳、80 歳、85 歳、90 歳、95 歳又は 100 歳となる日の属する年度の初日から当該年度の末日までの間にある者とする。

### 3 高齢者の新型コロナウイルス感染症について（定期接種と任意接種との比較）

区分	予防接種の種類	接種対象者	回数
定期接種 (B類)	新型コロナウイルス ワクチン	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 65 歳以上の者</li> <li>・ 60 歳以上 65 歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者</li> </ul>	毎年度 1 回（予防接種実施規則により規定）
(参考) 任意接種	新型コロナウイルス ワクチン	・ 生後 6 か月以上で定期接種（B類）の対象者を除く全年齢	未定(製剤によるもの)

## 接種の手続き

### <1 予約の受付>

- ・ 県の要領において、高齢者の定期接種（B類）については乳幼児等の定期接種（A類）と異なり、広域予防接種を希望する方は住所地市町村以外に所在する協力医療機関において、原則どなたでも接種を受けることができます。
- ・ そのために、対象者は住所地市町村から「**岩手県高齢者広域接種受診票**」（以下「公費受診票」又は「受診票」といいます。）の交付を受ける必要があります。
- ・ 受診票の交付に関しては、各市町村がそれぞれで対応します。受診票を事前に配布する場合や、申し込みを受けてから交付する場合等、市町村によってバリエーションがあります。受診票の交付に関するお問合せは、対象者の住所地の市町村にお願いします。
- ・ 対象者は、定期接種以外（任意）の予防接種の際と同様の手続きにより、実施を**希望する協力医療機関**で必要に応じて電話等により予約又は直接来院して受付手続きを行います。
- ・ 予約（受付）時には、対応する協力医療機関は、「**広域接種受診票**」が交付済みか、そこに記載された**予防接種の種類**（高齢者の季節性インフルエンザか、高齢者の肺炎球菌感染症か）、現在の「**住民票住所**」、「**接種実施期間（公費助成期間）**」を聞き取りして確認し、申込者が住所地市町村から受診票を交付された**対象者**で、かつ、**受診票発行元市町村と現住所が一致し、希望するする予防接種の種類と、その接種実施期間が一致していることを確認した上で、受け付けます。**
- ・ その際、予防接種の種類や対象者の年齢、**今年度定期接種としての受診が2回目ではないか**等を十分に確認してください。
- ・ 接種料金は医療機関が定める「**いつもの料金\***」です。予約受付等の際、その料金を相手方にお知らせすると親切です。
- ・ 対象者の状況によっては、接種費用の「**負担軽減措置**」に該当する場合がありますので、確認が必要です。（負担軽減措置に該当：生活保護受給世帯、市町村民税非課税世帯など）
- ・ 負担軽減措置に該当しない場合や、該当しても申込者の住所地市町村の**公費負担が全額ではない場合**、市町村が設定した**自己負担額**と併せ、**窓口での支払いがあることも**お知らせください。（自己負担額及び公費負担額は、対象者の**広域接種受診票**に記載されています。）
- ・ また、負担軽減措置に該当する場合、関係書類を窓口で確認します。  
（これらの書類又は記載がない場合、**負担軽減措置は受けられません**。一般と同様の接種費用を負担することとなりますので、ご注意ください。）

（例）「当院での〇〇接種の料金は△△円です。お住いの市町村の公費負担額と自己負担額は？  
→その内容であれば、窓口で▽▽円お支払いいただけます。」

※接種に係る「いつもの料金」とは…

- 貴医療機関が定める料金です。
- 原則、通常実施する「任意接種」の接種料金と同額になります。

※「岩手県高齢者広域接種受診票」の形式は…<ご承知おきください>

- 「広域接種受診票」には標準的な様式があり、中でも予防接種の種類、自己負担額・公費負担額及び接種実施期間（公費助成期間）並びに負担軽減措置の該当非該当に係る情報を「共通事項」としています。
- これ以外の一般項目を含め、各市町村では状況に応じてハガキや単票を採用するなど、それぞれでデザインし、工夫して実施することとなっています。

## <2 受診時の窓口対応>

- ・対象者は住所地市町村から交付された「**高齢者広域接種受診票**」を持参します。これを窓口で確認することにより、医療機関は対象者の「住所地市町村」や「自己負担額、公費負担額」「接種実施期間（公費助成期間）」を確認します。
- ・負担軽減措置に該当する場合、関係書類を窓口で確認します。なお、確認する書類は「受診票」に記載されています。
- ※ これらの**書類又は記載がない場合、負担軽減措置は受けられません**。一般と同様の接種費用を負担することとなりますので、ご注意ください。
- ※ 接種日が希望する予防接種の**実施期間**ではない場合、市町村から支払いが行われず、全額自己負担となりますのでご注意ください。
- ・**定期接種（B類）として実施されるのは、インフルエンザは毎年度1回、肺炎球菌は生涯に1回のみ**です。重複して実施することの無いよう、確認をお願いします。
- ・**法に定める定期予防接種の要件に合っていない場合は任意接種となり、公費負担されない**他、健康被害が発生した際の補償等の対応が異なりますので、十分に注意願います。

### **対象者が持参する書類**

- ・対象者は、次の書類を持参することとなっており、**これらのいずれかを忘れた場合、原則、定期接種としての広域的予防接種を受けられません**ので、ご注意ください。

#### 1 岩手県高齢者広域接種受診票

- ・本県の広域的予防接種を円滑に実施するための書類です。広域接種を希望する者に当該受診票を交付することで、事務処理等の明確化や接種間違いの防止等を図ります。
- ・受診票には住所地市町村が設定した公費負担額や自己負担額などが記載されています。
- ・併せて、負担軽減措置に係る情報も記載されています。
- ・本票を持参しない場合、原則、定期接種としての広域接種を受けることができません。
- ・本票は接種実施後窓口で回収し、医療機関記入欄に記入の上、翌月、予診票と共に実施報告書兼委託料請求書に添付して、住所地市町村に送付します。
- ・予防接種終了後は、受診票の下部にある「**予防接種済証**」に接種年月日や接種実施医師名（記名押印又は署名）等を記載し、受診票から切り離して対象者に交付します。なお、市町村から別途様式が示されている場合は、そちらを利用してください。



## 2 健康保険証又は運転免許証等の本人確認ができる書類

- ・受診票に記載された対象者の住所、氏名、生年月日を確認するため、健康保険証又は運転免許証等を**確認**します。なお、本人確認書類はこれら以外を用いてもかまいません。

## 3 予診票

- ・予診票標準様式をご使用ください。
- ・対象者が持参する場合と、医療機関が準備する場合が想定されます。
- ・この「手引き」巻末に予診票標準様式を掲載しますので、複写の上、ご利用ください。
- ・また、岩手県のホームページ上には、予診票を含めた各種様式を掲載しますので、こちらも併せてご利用ください。
- ・予診票は予防接種実施の可否を判断するための大変重要な書類です。未記入の部分や、内容に不備がないよう、正確な記入<sup>\*</sup>を促してください。
- ・受診後の予診票は、翌月、受診票と共に委託料請求書に添付して住所地市町村に送付します。(法律上、住所地市町村が保管します。)(医療機関で予診票の控えが必要な場合は、複写式の場合は2枚目を取り、単票の場合はコピーを取ってください。)



(なお、乳幼児等(A類)では記載が必要な「広域接種番号」は、高齢者(B類)では不要です。)

- ※ 予診票の医師署名欄は、**医師の直筆**(フルネーム)か、ゴム印使用の場合は**印鑑**(朱肉)を押印してください。

### 接種料金について

- ・この手引きで言う「**接種料金**」①は、「接種医療機関側が徴収する金額」を指します。
- ・この額は、**原則**、医療機関が定める**通常の「予防接種料金**」となります。
- ・また、「**自己負担額**」②は、対象者から医療機関が窓口で徴収するものです。
- ・「**市町村公費負担額**」③は、対象者の住所地市町村側が医療機関に**支払う額**を指します。これは、**住所地市町村**が定めた額となります。市町村により、上限額又は定額となります。
- ・対象者の状況によっては、接種費用の「**負担軽減措置**」に該当する場合があります。(負担軽減措置に該当：生活保護受給世帯、市町村民税非課税世帯等)
- ・以上の具体的な内容は、対象者が持参する「**高齢者広域接種受診票**」に記載されています。

#### ※ 高齢者定期予防接種(B類)の接種料金は原則「医療機関の定める額」です

- 当該医療機関の**定める額…接種料金**(①)と、被接種者の**自己負担額**(②)及び**住所地市町村の公費負担額**(③)との合計(②+③)に差が生じる場合、不足の**差額**  $① - (② + ③)$  は自己負担額 ② と併せ、**窓口で被接種者から徴収**する。
- 即ち、**医療機関の現金徴収は**  $① - ③$  <sup>\*</sup>が基本となる。<sup>\*</sup> 正確には “  $① - (② + ③) + ②$  ” (①、②、③の状況により負担内容が異なる場合があるので、詳細は受診票の記載内容を確認のこと。)
- なお、生保等による**個別の負担軽減措置**がなされる場合があるため、これに基づく**個別の負担内容等**(④)に留意する。(②③④の情報は「**高齢者広域接種受診票**」に記載される。)



## 窓口での費用徴収

- 接種医療機関が所在する市町村が設定する定期接種料金を広域的「接種料金」①とする。
- 被接種者の自己負担額を②、住所地市町村が設定する公費負担額を③として、これと差額が生じる場合、被接種者の住所地市町村が定める方法で徴収する。

(被接種者の自己負担又は市町村の公費負担)

【例1】住所がA町の岩手太郎さんがB市のC病院でインフルエンザ予防接種を受ける場合

C病院のインフル接種料金	5,500円	①	} ← 「広域接種受診票」で確認
A町のインフル自己負担額	①-③	②	
A町のインフル公費負担額	3,000円	③	

※岩手太郎さんは負担軽減措置に該当しない一般の受診者  
接種したB市のC病院は、  
窓口で被接種者に2,500円(①-③)を請求し、翌月A町に3,000円を請求する。

【例2】住所がA町の岩手二郎さんがB市のC病院でインフルエンザ予防接種を受ける場合

C病院のインフル接種料金	5,500円	①	} ← 「広域接種受診票」で確認
A町のインフル自己負担額	無料	②	
A町のインフル公費負担額*	全額	③	

※岩手二郎さんは生活保護受給世帯に該当  
接種したB市のC病院は、  
翌月5,500円全額をA町に請求する。窓口での被接種者負担なし。

「広域接種受診票」抜粋

負担軽減措置 該当の有無	<input type="checkbox"/> 負担軽減措置 非該当 (一般) <input type="checkbox"/> 負担軽減措置 該当 ※市町村からの指示事項を記載(例:生保証明書を提出等)
備考	※市町村から協力医療機関へ対応を依頼する事項がある場合、この欄も利用されます。

<インフルエンザ>

【市町村コード：999 A町 広域的予防接種 自己負担額、公費負担額等】

予防接種の種類	負担軽減措置	自己負担額：② (窓口で徴収)	公費負担額：③ (市町村への請求単価)	接種実施期間 (公費助成期間)
高齢者の 季節性イン フルエンザ	非該当 (一般)	【例1】 接種料金①-3,000円 ※①が3,000円以下は無料	公費負担上限： 3,000円	令和6年10月22日から 令和6年2月28日まで (期間外は全額自己負担)
	該当	【例2】 無料	接種料金①の全額	

※医療機関が定める接種料金：① 円	※実施年月日 年 月 日	※請求金額 円
----------------------	-----------------	------------

※「高齢者広域接種受診票」の様式は市町村により様々ですが、上記の共通部分はできるだけ同じレイアウトとなるよう、調整しています。

接種後、医療機関が記入します。

【例3】 住所がD村の内丸花子さんがB市のC病院でインフルエンザ予防接種を受ける場合

C病院のインフル接種料金	5,500円	：①	} ← 「広域接種受診票」で確認
D村のインフル自己負担額	2,000円	：②	
D村のインフル公費負担額	①－②	：③	

※内丸花子さんは負担軽減措置に該当しない一般の受診者  
 接種したB市のC病院は、  
 窓口で被接種者に2,000円を請求し、翌月D村に3,500円(①－②)を請求する。

「広域接種受診票」抜粋  
 <インフルエンザ>

【市町村コード：998 D村 広域的予防接種 自己負担額、公費負担額等】

予防接種の種類	負担軽減措置	自己負担額：② (窓口で徴収)	公費負担額：③ (市町村への請求単価)	接種実施期間 (公費助成期間)
高齢者の 季節性イン フルエンザ	非該当 (一般)	【例3】 2,000円	①－2,000円	令和6年11月1日から 令和6年1月31日まで (期間外は全額自己負担)
	該当	無料	接種料金①の全額	

【例4】 住所がE町の内丸花江さんがB市のC病院でインフルエンザ予防接種を受ける場合

C病院のインフル接種料金	5,500円	：①	} ← 「広域接種受診票」で確認
E町のインフル自己負担額	全額	：②	
E町のインフル公費負担額	なし	：③	

※E町は負担軽減措置を実施していない  
 接種したB市のC病院は、  
 窓口で被接種者に5,500円全額を請求する。 E町に請求なし。 報告は必要。

「広域接種受診票」抜粋  
 <インフルエンザ>

【市町村コード：997 E町 広域的予防接種 自己負担額、公費負担額等】

予防接種の種類	負担軽減措置	自己負担額：② (窓口で徴収)	公費負担額：③ (市町村への請求単価)	接種実施期間 (公費助成期間)
高齢者の 季節性イン フルエンザ	区分なし	【例4】 全額自己負担	—	—

【例 5】 住所が F 村の医政中吉さんが B 市の C 病院でインフルエンザ予防接種を受ける場合

C 病院のインフル接種料金	5,500 円	: ①	} ← 「広域接種受診票」で確認
F 村のインフル自己負担額	①-③	: ②	
F 村のインフル公費負担額*	5,000 円	: ③	

※医政中吉さんは生活保護受給世帯に該当  
 接種した B 市の C 病院は、  
 窓口で被接種者に 500 円 (①-②) を請求し、翌月 F 村に 5,000 円を請求する。

※ 対応は例 1 と同じ

【例 6】 住所が F 村の医政大吉さんが G 町の H 病院でインフルエンザ予防接種を受ける場合

H 病院のインフル接種料金	4,800 円	: ①	} ← 「広域接種受診票」で確認
F 村のインフル自己負担額	①-③	: ②	
F 村のインフル公費負担額*	5,000 円	: ③	

※医政大吉さんは生活保護受給世帯に該当  
 接種した G 町の H 病院は、  
 翌月 4,800 円を F 村に請求する (5,000 円ではない)。被接種者負担なし。

「広域接種受診票」抜粋  
 <インフルエンザ>

【市町村コード：996 F 村 広域的予防接種 自己負担額、公費負担額等】

予防接種の種類	負担軽減措置	自己負担額：② (窓口で徴収)	公費負担額：③ (市町村への請求単価)	接種実施期間 (公費助成期間)
高齢者の 季節性イン フルエンザ	非該当 (一般)	接種料金①-3,800 円 ※①が 3,800 円以下は無料	公費負担上限： 3,800 円	令和 6 年 11 月 1 日から 令和 6 年 1 月 31 日まで (期間外は全額自己負担)
	該当	【例 5、6】 接種料金①-5,000 円 ※①が 5,000 円以下は無料	公費負担上限： 5,000 円	

## 委託料の請求

- 1 市町村への委託料の請求は実施した月ごとに取りまとめ、各市町村で定める日までに対象者の住所地市町村長へ直接、請求します。(実施翌月の15日頃)
- 2 請求書の作成にあたり、まず「予診票」及び「広域接種受診票」を市町村毎に集めます。
- 3 次に、予防接種の種類ごとの受診票「請求金額」欄から「岩手県広域予防接種実施報告書兼請求書(B類疾病)」(別紙様式10の2)に単価、人数、金額を記入し、請求金額の総計を記入します。
- 4 請求書には、「予診票」及び「広域接種受診票<sup>※1</sup>」を添付します。

※ 「予診票」の保管が必要な医療機関は、それぞれでコピーをお願いします。

(別紙様式10の2)(第9の1 関係)  
岩手県広域的予防接種実施報告書兼請求書  
(B類疾病)

年 月 日

市(町・村)長 殿

所在地  
医療機関名  
代表者職・氏名

年 月に下記のとおり貴市(町・村)民に対し広域的予防接種を実施しましたので、委託料として、次のとおり請求します。

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

1 内訳

予防接種の種類	負担軽減措置	単価	人数	金額	備考
高齢者の 季節性インフルエンザ	非該当 (一般)				
	該当				
高齢者の 肺炎球菌感染症	非該当 (一般)				
	該当				
高齢者の 新型コロナウイルス感染症	非該当 (一般)				
	該当				
予診のみ	—				

※ 負担軽減措置の「非該当(一般)」「該当」については、「高齢者広域接種受診票」(又は同等の機能を有する書類)を御確認下さい。

※ 実施報告及び委託料請求に際しては、予診票及び「高齢者広域接種受診票」(又は同等の機能を有する書類)、市町村指示の書類等(ある場合)を添付してください。

2 振込先

金融機関名	銀行	本・支店
口座種別	普通 当座 その他( )	
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義人		

・「岩手県広域予防接種実施報告書兼請求書」は、宛先がいずれの市町村でも原則、同一の様式です。

(但し、個別に独自の様式を設定し利用することも認めています。)

・A類とB類は別業となつていますので、ご注意ください。

・実施要領の様式をコピーして使用するか、県のホームページからダウンロードしてください。

岩手県広域的予防接種事業(協力医療機関向け情報)

<https://www.pref.iwate.jp/kurashikankyou/iryuu/kenkou/yobou/1003149.html>

トップページ → くらし・環境 →

医療 → 健康 → 予防接種

→ 岩手県広域的予防接種事業  
(協力医療機関向け情報)



## 【3月分の請求についてのお願い】

3月に実施した予防接種に係る委託料については、  
『実施報告書兼請求書』に記載する日付を3月31日と記載するよう  
お願いします。

## 副反応報告について

- ・ 予防接種後副反応報告は、予防接種法第 12 条第 1 項の規定に基づき、予防接種を受けた者が一定の症状を呈していることを知った場合に、厚生労働省に報告しなければならない制度です。
- ・ 医師等が予防接種法施行規則第 5 条に規定する症状を診断した場合には、別紙様式 1 予防接種後副反応疑い報告書<sup>※1</sup>に記載の上、**独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）**（FAX:0120-176-146）に送付してください。（この報告は、患者に予防接種を行った医師等以外の医師等も行うことができます。）
- ・ この報告は、別紙様式 1 若しくは国立感染症研究所のホームページ<sup>※2</sup>からダウンロードできる予防接種後副反応疑い報告書入力アプリにて作成した別紙様式 2 を使用して報告します。

※1 厚生労働省ホームページからダウンロードしてください。

予防接種後副反応疑い報告制度 | 厚生労働省

[http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou20/hukuhannou\\_houkoku/index.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou20/hukuhannou_houkoku/index.html)



※2 国立感染症研究所ホームページからダウンロードしてください。

「予防接種後副反応疑い報告書」入力アプリ | 国立感染症研究所

<https://www.niid.go.jp/niid/ja/id/249-vaccine/vaccine/6366-vaers-app.html>



検索方法 ⇒



予防接種 副反応疑い報告

検索

## 健康被害への対応について

- ・ 本事業による予防接種後に健康被害発生した場合は、予防接種法により、**住所地市町村長が対応すること**と規定されています。
- ・ 健康被害が発生した場合は、**被接種者の住所地市町村予防接種担当課**に相談してください。

## 個人情報の保護について

- ・ 事業の実施に関係する者は、個人情報の保護の重要性を認識し、個人の権利利益を侵害することのないよう、その取扱いに注意してください。

## その他

- ・ 要領に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は各市町村、岩手県医師会、岩手県医療局及び必要な関係者が協議して定めるものとし、県医療政策室が調整にあたることとしています。
- ・ この事業を進める上で改善点やお気づきの点などがありましたら、上記関係者または県医療政策室までお知らせください。

(別紙様式4-1)(第7の1(2)関係)

岩手県広域的予防接種承諾書兼委任状  
(A類及びB類疾病)

年 月 日

一般社団法人岩手県医師会長 殿

所在地  
連絡先(電話)  
(FAX)

医療機関名  
代表者の職・氏名

⑩  
(※自署の場合、押印省略可)

当医療機関の予防接種業務を行う医師は、岩手県広域的予防接種の業務に協力することを承諾するとともに、一般社団法人岩手県医師会長を代理人と定め、当該業務について岩手県内の市町村長と委託契約を締結する権限を委任します。

また、予防接種を実施した際の接種費用の請求及び受領は、当該市町村長と当法人(医院)との間で直接行います。

記

1 協力医療機関として実施する予防接種の種類

A類疾病	DPT-IPV (四種混合)	DPT (三種混合)	DT (ジフテリア・破傷風)	IPV (不活化ポリオ)	麻しん風しん混合 (MR)	麻しん	風しん	日本脳炎
	結核 (BCG)	Hib 感染症	小児の肺炎 球菌感染症	HPV 感染症	水痘	B型肝炎	ロタウイルス 感染症	DPT-IPV-Hib (五種混合)
B類疾病	高齢者の季節性 インフルエンザ		高齢者の肺炎球菌 感染症	新型コロナウイルス 感染症				

※ 広域的予防接種として実施するものに○をつけてください。

2 協力医師の氏名

1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		10	

※ 上記に書ききることができない場合、別紙により報告すること。

3 特記事項

※ 医療機関の都合により広域的予防接種の実施期間を限定するなどの事情がある場合は、その内容を記載してください。

※協力医師が複数名の場合に記入

私は、「2 協力医師の氏名」に記載のある全ての医師から、岩手県広域的予防接種事業の実施に関して協力することに承諾を得ていることを証明します。

代表者の職・氏名

⑩

(※自署の場合、押印省略可)

(別紙様式4-1の2)(第7の1(2)関係)

岩手県広域的予防接種承諾書兼委任状  
(A類疾病)

年 月 日

一般社団法人岩手県医師会長 殿

所在地  
連絡先(電話)  
(FAX)

医療機関名  
代表者の職・氏名

印  
(※自署の場合、押印省略可)

当医療機関の予防接種業務を行う医師は、岩手県広域的予防接種の業務に協力することを承諾するとともに、一般社団法人岩手県医師会長を代理人と定め、当該業務について岩手県内の市町村長と委託契約を締結する権限を委任します。

また、予防接種を実施した際の接種費用の請求及び受領は、当該市町村長と当法人(医院)との間で直接行います。

記

1 協力医療機関として実施する予防接種の種類

A類疾病	DPT-IPV (四種混合)	DPT (三種混合)	DT (ジフテリア・破傷風)	IPV (不活化ポリオ)	麻しん風しん混合 (MR)	麻しん	風しん	日本脳炎
	結核 (BCG)	Hib 感染症	小児の肺炎 球菌感染症	HPV 感染症	水痘	B型肝炎	ロタウイルス 感染症	DPT-IPV-Hib (五種混合)

※ 広域的予防接種として実施するものに○をつけてください。  
※ 「ロタウイルス感染症」のワクチンは、令和2年10月1日から定期接種化されます。

2 協力医師の氏名

1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		10	

※ 上記に書ききることができない場合、別紙により報告すること。

3 特記事項

※ 医療機関の都合により広域的予防接種の実施期間を限定するなどの事情がある場合は、その内容を記載してください。

※協力医師が複数名の場合に記入

私は、「2 協力医師の氏名」に記載のある全ての医師から、岩手県広域的予防接種事業の実施に関して協力することに承諾を得ていることを証明します。

代表者の職・氏名 \_\_\_\_\_ 印

(※自署の場合、押印省略可)



(別紙様式4-1の3)(第7の1(2)関係)

岩手県広域的予防接種承諾書兼委任状  
(B類疾病)

年 月 日

一般社団法人岩手県医師会長 殿

所在地  
連絡先(電話)  
(FAX)

医療機関名  
代表者の職・氏名

印  
(※自署の場合、押印省略可)

当医療機関の予防接種業務を行う医師は、岩手県広域的予防接種の業務に協力することを承諾するとともに、一般社団法人岩手県医師会長を代理人と定め、当該業務について岩手県内の市町村長と委託契約を締結する権限を委任します。

また、予防接種を実施した際の接種費用の請求及び受領は、当該市町村長と当法人(医院)との間で直接行います。

記

1 協力医療機関として実施する予防接種の種類

B類疾病	高齢者の季節性インフルエンザ	高齢者の肺炎球菌感染症	新型コロナウイルス感染症

※ 広域的予防接種として実施するものに○をつけてください。

2 協力医師の氏名

1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		10	

※ 上記に書ききることができない場合、別紙により報告すること。

3 特記事項

--

※ 医療機関の都合により広域的予防接種の実施期間を限定するなどの事情がある場合は、その内容を記載してください。

※協力医師が複数名の場合に記入

私は、「2 協力医師の氏名」に記載のある全ての医師から、岩手県広域的予防接種事業の実施に関して協力することに承諾を得ていることを証明します。

代表者の職・氏名 \_\_\_\_\_ 印

(※自署の場合、押印省略可)

(別紙様式4-2) (第7の1 (2) 関係)

岩手県広域的予防接種協力医療機関等変更届

年 月 日

一般社団法人岩手県医師会長 殿

所在地  
連絡先 (電話)  
(FAX)

医療機関名  
代表者の職氏名

印

次のとおり届け出ます。

1 協力医療機関に係る変更

(医療機関の所在地、法人名、医療機関名、代表者指名、連絡先(電話)(FAX)) ※変更する項目を○で囲む。

変更前：

変更後：

2 実施する予防接種に種類に係る変更 (実施する場合：○を記入 実施しない場合：空欄)

A 類 疾病	DPT-IPV (四種混合)	DPT (三種混合)	DT (ジフテリア・破傷風)	IPV (不活化ポリオ)	麻しん風しん混合 (MR)	麻しん	風しん	日本脳炎
	結核 (BCG)	Hib 感染症	小児の肺炎 球菌感染症	HPV 感染症	水痘	B型肝炎	ロタウイルス 感染症	DPT-IPV-Hib (五種混合)
B 類 疾病	高齢者の季節性 インフルエンザ		高齢者の肺炎球菌 感染症		新型コロナウイルス 感染症			

3 協力医師に係る変更 (氏名変更・追加・削除)

変更前：

変更後：

4 特記事項に係る変更

変更前	
変更後	

※ 医療機関の都合により広域的予防接種の実施期間を限定するなどの事情がある場合は、その内容を記載してください。

(別紙様式 10 の 2) (第 9 の 1 関係)

岩手県広域的予防接種実施報告書兼請求書  
(B類疾病)

年 月 日

市(町・村)長 殿

所在地

医療機関名

代表者職・氏名

印

年 月に下記のとおり貴市(町・村)民に対し広域的予防接種を実施しましたので、委託料として、次のとおり請求します。

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

1 内訳

予防接種の種類	負担軽減措置	単価	人数	金額	備考
高齢者の 季節性インフルエンザ	非該当 (一般)				
	該当				
高齢者の 肺炎球菌感染症	非該当 (一般)				
	該当				
高齢者の 新型コロナウイルス感染症	非該当 (一般)				
	該当				
予診のみ	—				

※ 負担軽減措置の「非該当(一般)」「該当」については、「高齢者広域接種受診票」(又は同等の機能を有する書類)を御確認下さい。

※ 実施報告及び委託料請求に際しては、予診票及び「高齢者広域接種受診票」(又は同等の機能を有する書類)、市町村指示の書類等(ある場合)を添付して下さい。

2 振込先

金融機関名	銀行	本・支店
口座種別	普通 当座 その他( )	
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義人		

# 「岩手県広域的予防接種」受付チェックシート

## 高齢者

＜最初に次の3点について確認＞

- 今年度の高齢者広域接種受診票が手元にあるか確認
- 受診票の発行市町村は現在住民票のある市町村と同じであるか確認
- 市町村が設定した予防接種の実施期間に適合しているか確認



V4.00

OK の場合

NG の場合

- 定期予防接種としては受けられません。
- このまま接種した場合、費用は全額自己負担となります。
- 詳しくは住民票がある市町村にお問い合わせください。

＜受付の実施＞（電話予約など）

- 住所（※重要）、氏名、生年月日、連絡先
- 予防接種の種類は インフルエンザ？ 肺炎球菌？ コロナウイルス？
- 受診日時は？ 年月日（曜日） 時分
- 受診票に記載の「接種実施期間」を再度確認（※重要）→期間に合っていますか？
- 当日持参するものは 岩手県高齢者広域接種受診票、健康保険証又は運転免許証（住所氏名がわかるもの）です。



岩手県  
広域接種  
予診票  
標準様式

（※予診票が交付されず持参しない場合、県HPの「標準様式」を利用できます。）

- 現在、「生活保護」や「市町村民税非課税」など、市町村が定める負担軽減措置の事由に該当しているにもかかわらず、「広域接種受診票」にその記載がない場合、住所地市町村にお問い合わせください。（記載がない場合、一般料金になります。）
- 以上の他、受診票をよく読んで、その指示に従ってください。
- 当院での接種料金は円です。
- 市町村が定める公費助成金額を上回る場合、差額は窓口でお支払いいただきます。（受診まで、ご自身の体調維持に留意してください。）

### ※ 高齢者定期予防接種（B類）の接種料金は原則「医療機関の定める額」です

- 当該医療機関の定める額…接種料金（①）と、
- 被接種者の自己負担額（②）及び
- 住所地市町村の公費負担額（③）との合計（②+③）に差が生じる場合、
- 不足の差額  $① - (②+③)$  は自己負担額 ② と併せ、窓口で被接種者から徴収する。
- 即ち、医療機関の現金徴収は  $① - ③$ ※ が基本となる。※ 正確には “  $① - (②+③) + ②$  ”（①、②、③の状況により負担内容が異なる場合があるので、詳細は受診票の記載内容を確認のこと。）
- なお、生保等による個別の負担軽減措置がなされる場合があるため、これに基づく個別の負担内容等（④）に留意する。（②③④の情報は「高齢者広域接種受診票」に記載される。）

## 高齢者の季節性インフルエンザ 予防接種予診票

		診察前の体温	度	分
住所	電話番号		— — <small>※ 日中に連絡の取れる電話番号をご記入ください。</small>	
ふりがな	男 ・ 女	生 年 月 日	明治 大正 昭和	年 月 日生 (満 歳)
氏名				
質問事項			回答欄	医師記入欄
1	今日のインフルエンザの予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか		はい	いいえ
2	今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか		はい	いいえ
3	現在、何か病気にかかっていますか 病名( )		いいえ	はい
	治療(投薬など)を受けていますか その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか		いいえ	はい
4	免疫不全と診断されたことがありますか		いいえ	はい
5	今日、体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください( )		いいえ	はい
6	薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬・食品名( )		いいえ	はい
7	インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか		はい	いいえ
	① その際に具合が悪くなったことはありますか ② インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか		いいえ	はい
8	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( 年 月 日)		いいえ	はい
9	4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( )		いいえ	はい
10	心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患、間質性肺炎、気管支喘息などの 呼吸器系疾患にかかったことがありますか 病名( )		いいえ	はい
	その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか		はい	いいえ
11	最近4週間以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名( )		いいえ	はい
12	今日の予防接種について質問がありますか		いいえ	はい
医師の記入欄				
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は( 可能 ・ 見合わせる )。				
本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。				
医師署名又は記名押印				
使用ワクチン名		接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名		0.5ml	実施場所	
ロット番号			医師名	
(注)有効期限が切れていないか要確認			接種年月日 年 月 日	
<p><b>インフルエンザ予防接種希望書</b> (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)</p> <p>医師の診察・説明を受け、予防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 )</p> <p>この予診票は、予防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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 被接種者自署</p> <p style="text-align: center;">(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)</p>				

○太わく内は被接種者が記入してください。

○この票は医療機関が市町村に記入料金を請求する際に請求書に添付してください。

## 高齢者の肺炎球菌感染症 予防接種予診票

		診察前の体温		度 分	
住 所				電話番号	— —
ふりがな				※ 日中に連絡の取れる電話番号をご記入ください。	
氏 名		男 ・ 女	生 年 日 月	明治 大正 昭和	年 月 日生 (満 歳)
質 問 事 項				回 答 欄	医 師 記 入 欄
1	肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか			いいえ	はい
2	今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか			はい	いいえ
3	今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか			はい	いいえ
4	現在、何か病気にかかっていますか 病名( )			いいえ	はい
	治療(投薬など)を受けていますか			いいえ	はい
	その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか			はい	いいえ
5	免疫不全と診断されたことがありますか			いいえ	はい
6	今日、体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください( )			いいえ	はい
7	薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬・食品名( )			いいえ	はい
8	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種名( )			いいえ	はい
9	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( 年 月 日)			いいえ	はい
10	4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( )			いいえ	はい
11	心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか 病名( )			いいえ	はい
	その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか			はい	いいえ
12	最近4週間以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名( )			いいえ	はい
13	今日の予防接種について質問がありますか			いいえ	はい
医師の記入欄					
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は( 可能 ・ 見合わせる )。					
本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。					
医師署名又は記名押印					
使用ワクチン名		接 種 量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日		
ワクチン名		0.5ml	実施場所		
ロット番号		接種方法	医師名		
		<input type="checkbox"/> 皮下接種 <input type="checkbox"/> 筋肉内接種	接種年月日	年 月 日	
(注)有効期限が切れていないか確認					
<b>高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種希望書</b> (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)					
医師の診察・説明を受け、予防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、予防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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。					
年 月 日 被接種者自署					
(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)					

○太わく内は被接種者が記入してください。

○この票は医療機関が市町村に記入料金を請求する際に請求書に添付してください。



## 高齢者の新型コロナウイルス感染症 予防接種予診票

○太わく内は被接種者が記入してください。

		診察前の体温		度 分	
住 所				電話番号	
ふりがな				※ 日中に連絡の取れる電話番号をご記入ください。	
氏 名		男 ・ 女	生 年 日	明治 大正	年 月
			月 日	日生	昭和
質 問 事 項			回 答 欄		医 師 記 入 欄
1	今日の新型コロナウイルス感染症予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。			はい	いいえ
2	今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか			はい	いいえ
3	現在、何か病気にかかっていますか 病名 ( )			いいえ	はい
	治療(投薬など)を受けていますか その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか			いいえ	はい
4	今日、体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください ( )			いいえ	はい
5	薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬・食品名 ( )			いいえ	はい
6	新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。			はい	いいえ
	①その際に具合が悪くなったことはありますか			いいえ	はい
	②新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。			いいえ	はい
7	ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。			いいえ	はい
8	4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ( )			いいえ	はい
9	心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか 病名 ( )			いいえ	はい
	その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか			はい	いいえ
10	最近4週間以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名 ( )			いいえ	はい
11	今日の予防接種について質問がありますか			いいえ	はい

○この票は医療機関が市町村に記入料金を請求する際に請求書に添付してください。

医師の記入欄  
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( **可能** ・ **見合わせる** )。  
本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。  
医師署名又は記名押印

使用ワクチン名	接 種 量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日
ワクチン名	筋肉内注射	実施場所
ロット番号		医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	ml	接種年月日 年 月 日

**新型コロナウイルス感染症予防接種希望書** (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)  
医師の診察・説明を受け、予防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、予防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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者自署

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)  
被接種者との続柄： )

(代筆者氏名： )



(参考)

【岩手県ホームページ】

- 定期予防接種の基本情報

<https://www.pref.iwate.jp/kurashikankyoyou/iryoyou/kenkou/yobou/1003145.html>

トップページ → くらし・環境 → 医療 → 健康 → 予防接種  
→ 定期予防接種の基本情報



- 協力医療機関の皆さまへ

岩手県広域的予防接種事業（協力医療機関向け情報）

<https://www.pref.iwate.jp/kurashikankyoyou/iryoyou/kenkou/yobou/1003149.html>

トップページ → くらし・環境 → 医療 → 健康 → 予防接種  
→ 岩手県広域的予防接種事業（協力医療機関向け情報）



- 県民の皆さまへ

子どもの定期予防接種「岩手県広域接種パスポート」のお知らせ

<https://www.pref.iwate.jp/kurashikankyoyou/iryoyou/kenkou/yobou/.html>

トップページ → くらし・環境 → 医療 → 健康 → 予防接種  
→ 子育て応援！「岩手県広域接種パスポート」の  
お知らせ



【一般社団法人岩手県医師会ホームページ】

<https://www.iwate.med.or.jp/kenmin/yoboulist>

トップページ → 医師向け → 岩手県広域的予防接種協力医療機関

【厚生労働省、国立感染症研究所ホームページ】

- 厚生労働省「予防接種情報」

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryoyou/kenkou/kekaku-kansenshou/yobou-sesshu/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoyou/kenkou/kekaku-kansenshou/yobou-sesshu/index.html)

- 国立感染症研究所「予防接種情報」

<https://www.niid.go.jp/niid/ja/vaccine-j.html>

(※各 URL は令和6年4月現在)

## 各市町村予防接種担当課一覧（高齢者）

No	市町村名	市町村 コード	担当課	電話番号 (内線)	FAX	郵便 番号	住所
01	盛岡市	201	盛岡市保健所 指導予防課 予防接種担当	019- 603-8307 (直通)	019- 654-5665	〒 020- 0884	盛岡市神明町 3-29
02	八幡平市	214	健康福祉課 健康推進係 (予防接種担当)	0195- 74-2111 (代表)	0195- 74-2102	〒 028- 7397	八幡平市野駄 21-170
03	雫石町	301	健康推進課 健康推進係	019- 692-2227 (直通)	019- 692-0308	〒 020- 0542	雫石町万田渡 74-1
04	葛巻町	302	健康福祉課 健康係	0195- 65-8991 (直通)	0195- 67-1060	〒 028- 5495	葛巻町葛巻 16-1-1
05	岩手町	303	健康福祉課 健康推進係	0195- 62-2111 (内線 556)	0195- 62-1319	〒 028- 4395	岩手町大字五日市 10-44
06	滝沢市	216	健康づくり課	019- 656-6527	019- 684-2245	〒 020- 0692	滝沢市中鶴飼 55 番地
07	紫波町	321	健康福祉課 健康係	019- 672-2111 (代表)	019- 672-2311 (代表)	〒 028- 3392	紫波町紫波中央駅前二丁目 3 番地 1
08	矢巾町	322	健康長寿課 健康づくり推進係	019- 611-2825 (直通)	019- 698-1214	〒 028- 3615	矢巾町大字南矢幅第 14 地割 78 番地 矢巾町保健福祉交流センター内
09	花巻市	205	健康づくり課 予防推進係	0198- 41-3608 (直通)	0198- 23-3122	〒 025- 0055	花巻市南万丁目 970-5
10	遠野市	208	保健医療課	0198- 68-3186 (直通)	0198- 62-1599	〒 028- 0541	遠野市松崎町白岩字薬研淵 4-1
11	北上市	206	健康づくり課 健康係	0197- 72-8295 (直通)	0197- 65-3834	〒 024- 0092	北上市新穀町一丁目 4-1
12	西和賀町	366	健康福祉課 健康づくり担当	0197- 85-3411 (直通)	0197- 85-2119	〒 029- 5692	西和賀町沢内字太田 2-81-1
13	奥州市	215	健康増進課 予防接種係	0197- 34-2905 (直通)	0197- 51-2373	〒 023- 8501	奥州市水沢大手町一丁目1番 地
14	金ケ崎町	381	金ケ崎町保健福祉センター 元気 100 歳健康支援係	0197- 44-4560	0197- 44-4337	〒 029- 4503	金ケ崎町西根鐘水 98 番地
15	一関市	209	健康づくり課 健診指導係	0191- 21-2160	0191- 21-4656	〒 021- 0026	一関市山目字前田 13-1
16	平泉町	402	保健センター	0191- 46-5571 (直通)	0191- 46-2204	〒 029- 4102	平泉町平泉字志羅山 45 番地 2

No	市町村名	市町村 コード	担当課	電話番号 (内線)	FAX	郵便 番号	住所
17	大船渡市	203	健康推進課	0192- 27-1581 (直通)	0192- 22-8572	〒 022- 0003	大船渡市盛町字下舘下 14-1
18	陸前高田市	210	保健課 保健係	0192- 54-2111 (代表)	0192- 55-6118	〒 029- 2292	陸前高田市高田町字鳴石 42- 5
19	住田町	441	保健福祉課 健康推進係	0192- 46-3862 (直通)	0192- 46-2489	〒 029- 2396	住田町世田米字川向 88-1
20	釜石市	211	健康推進課 保健予防係	0193- 22-0179 (直通)	0193- 22-6375	〒 026- 0025	釜石市大渡町 3-15-26
21	大槌町	461	健康福祉課 子育て健康推進係	0193- 42-8715	0193- 42-4314	〒 028- 1192	大槌町上町 1-3
22	宮古市	202	健康課 地域保健医療係	0193- 64-0111 (直通)	0193- 64-5464	〒 027- 8501	宮古市宮町一丁目 1 番 30 号
23	山田町	482	健康子ども課 健康チーム健康管理係	0193- 82-3111 (内線 611)	0193- 82-4989	〒 028- 1392	山田町八幡町3-20
24	岩泉町	483	健康推進課 健康推進室	0194- 22-2111	0194- 22-3562	〒 027- 0595	岩泉町岩泉字惣畑 59-5
25	田野畑村	484	健康福祉課	0194- 33-3102	0194- 33-3171	〒 028- 8407	田野畑村田野畑 120 番地 3
26	久慈市	207	保健推進課	0194- 61-3315	0194- 52-3197	〒 028- 0014	久慈市旭町 8-100-1
27	普代村	485	保健センター	0194- 35-2211 (直通)	0194- 36-1040	〒 028- 8392	普代村 9-13-2
28	洋野町	507	健康増進課 (種市保健センター)	0194- 65-3950 (直通)	0194- 65-3968	〒 028- 7914	洋野町種市 22-1-1
29	野田村	503	保健福祉課保健班 (野田村保健センター)	0194- 75-4321 (直通)	0194- 78-3301	〒 028- 8201	野田村大字野田 17-107
30	二戸市	213	国保予防課 食育予防係	0195- 23-1316	0195- 22-1188	〒 028- 6198	二戸市福岡字八幡下 11 番地 1
31	軽米町	501	健康福祉課 健康づくり担当	0195- 46-4111	0195- 46-2677	〒 028- 6302	軽米町大字軽米 2-54-5 健康ふれあいセンター内
32	九戸村	506	保健福祉課 保健衛生係	0195- 42-2111 (内線 123)	0195- 41-1144	〒 028- 6502	九戸村大字伊保内 10-11-6
33	一戸町	524	健康こども課 保健班	0195- 32-3700	0195- 32-3701	〒 028- 5312	一戸町一戸字砂森 93-2

(令和 6 年 4 月 1 日現在)

高齢者を対象とした  
岩手県広域的予防接種協力医療機関の手引  
V4.00

(令和6年4月作成)

岩手県保健福祉部医療政策室  
一般社団法人岩手県医師会

(問) TEL 019-629-5417 FAX 019-626-0837 (県庁)

