

令和8年度 風しんワクチン予防接種（任意接種）実施要領

1 接種助成期間

2026年（令和8年）4月1日～2027年（令和9年）3月31日

2 対象者

接種日当日、藤沢市に住民登録があり、次に該当する方。

※令和7年度から対象者が変更となっておりますのでご注意ください。

- (1) 妊娠を予定または希望している女性
- (2) 妊娠を予定または希望している女性の同居人
- (3) 妊娠している女性の同居人

(1)～(3)の確認書類：保険証、免許証などで住所と本人の確認ができるもの

- (4) 東日本大震災被災者等

(1)、(2)に該当する方で、藤沢市に一時避難している（藤沢市に住民登録がない）被災者が接種を希望する場合は、藤沢市民と同様に接種を行い、自己負担金も同様の取り扱いになります。

(4)の確認書類：被災証明書等（写しを予診票に添付する）

ただし、(1)、(2)、(3)、(4)のうち、次の方を除きます。

ア. 風しん罹患歴のある方

イ. 風しん（麻しん風しん混合MR・麻しん風しんおたふくかぜ混合MR含む）の予防接種を受けたことがある方

ウ. 妊娠中の女性

3 委託単価

委託単価については、単価表（別紙1）のとおりです。なお、ワクチン代金を含みます。

4 実施内容

- (1) 説明：この予防接種は任意の予防接種であり、接種費用の一部を市が助成する事業であること及び予防接種後の効果、目的、必要性、副反応、健康被害が生じた場合の健康被害救済について、被接種者がその内容を理解できるよう、適切な説明を行ってください。
- (2) 接種意思の確認：被接種者の接種意思の確認を行ってください。ただし、本人の意思が確認できない場合は、家族または接種医師の了解をもって接種できるものとします。
- (3) 予診：医師が、問診、検温、視診、聴診等の診察を接種前に行い、予防接種を受けることが適当でない方または予防接種を行うに際して注意を要する方に該当するか否かを 確認してください。
- (4) 予診票は、医薬品メーカーの単票の任意接種用の予診票を使用してください。
本人同意を得て、予診票の写しを健康づくり課に提出してください。
- (5) ワクチンの供給は、直接、医薬品卸売業者等から調達してください。
- (6) 妊娠可能な方においては、あらかじめ約1カ月避妊した後に接種すること、またワクチン

接種後約2カ月間は妊娠しないように予約時及び問診時に注意を伝えてください。

(7) その他、ワクチンの用法・用量等を遵守してください。

(8) 接種を希望する方は、「藤沢市風しん（任意）予防接種申込書」（別紙2）の提出が必要です。用紙は医療機関に配布するほか、藤沢市ホームページからもダウンロードできます。

5 ワクチンの種類及び接種回数

接種回数は、風しんワクチン、またはMR（麻しん風しん混合）ワクチン1回とします。

6 自己負担金の徴収・免除

指定医療機関（貴医療機関）の窓口において、次のとおり費用徴収または免除を行うものとします。

費用免除者が接種した場合には、予診票の右上部に**免除**を手書きで記載してください。

(1) 費用徴収者（貴医療機関の領収書を必ず発行してください。）

【自己負担金の額】 風しんワクチン：2,000円 MRワクチン：3,400円

(2) 費用免除者

①生活保護受給者

対象者：接種日時点で「生活保護受給者」であること

確認書類：市町村が発行する「生活保護受給証明書」

証明書を持参せずやむを得ず、受診される場合は、藤沢市生活援護課（電話 50-3572）または援護を受けている市町村に確認してください。

※他市で生活保護を受けている場合は、「生活保護受給証明書」の写しを予診票に添付してください。

②支援決定された中国残留邦人

対象者：接種日時点で「市町村により支援決定された中国残留邦人」であること

確認書類：市町村が発行した「本人確認証」

7 報告書の提出期日について

(1) 月末までに実施した分を翌月10日（当日が、土日祝日の場合は前開庁日）必着で、次の書類を健康づくり課に提出してください。

① 風しんワクチン予防接種（任意接種）完了報告書（兼口座振込依頼書）（別紙3-1、記載例は3-2）

② 予診票の写し（医薬品メーカーの単票の任意接種用のもの）

ただし、各月の提出期日を過ぎた報告書等については、藤沢市医師会に提出してください。

③ 藤沢市風しん（任意）予防接種申込書

※報告書に記載する医療機関名、氏名は指定医療機関名として事前に提出されているものと合致させてください。

※書き誤りがあった場合は、新しい用紙に書き直すか二重線で消し、訂正してください。修正液等は使わないでください。

支払いは、毎月の提出期日から約30日後になります。

通帳には、「フジサワシ」（カナ表記）と印字され振り込まれます。市から同一日に他の振込みがある場合には合算して振り込まれます。

報告件数や請求額の確認用に、完了報告書の内容をお手元に控えてください。

(2) 提出先は次のとおりです。

提出先 〒251-0022 藤沢市鶴沼2131番地の1

藤沢市 健康づくり課（保健所・南保健センター）

提出受付時間 8:30～17:00（土日祝日を除く）

（郵送で提出する場合は、適切な方法（記録が確認できるなど）で発送してください。）

※ただし、各月の提出期日を過ぎた報告書等については、藤沢市医師会に提出してください。

8 健康被害

健康被害が生じた場合には、独立行政法人医薬品医療機器総合機構救済制度による被害救済の対象になります。

給付申請の必要が生じた場合には、健康被害を受けた人又はその家族が必要な書類を揃えたうえで、直接、独立行政法人医薬品医療機器総合機構に請求することになります。

名称 独立行政法人医薬品医療機器総合機構

住所 〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル

電話 0120-149-931 救済制度相談窓口（フリーダイヤル）

9 副反応の報告

(1) 接種後に異常反応を疑う症状がみられた場合は、速やかに応急処置を行うこと。

(2) 予防接種の接種後「予防接種後副反応疑い報告書報告基準」に記載されている症状を診断した場合は、速やかに電子報告システム（報告受付サイトURL：<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>）にて独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ報告してください。電子的な報告が困難な場合は、予防接種後副反応疑い報告書、若しくは国立感染症研究所のホームページからダウンロードできる予防接種後副反応疑い報告入力アプリにて作成した様式を使用し、FAXにて報告してください。

（FAX番号：0120-176-146）

(3) (2) の報告にあわせて、藤沢市健康づくり課にも同様にFAXにて報告すること。

（健康づくり課 FAX番号：0466-28-2280）

10 個人情報の守秘義務

業務に従事している方または従事していた方が、個人の秘密に関する管理情報を提供し、または漏らした場合は、個人情報の保護に関する法律による罰則を適用します。

以 上

令和8年度 風しんワクチン予防接種（任意接種）単価表

	委託単価 (消費税及び地方消費税込み)	備 考
麻しん風しん混合 (MR) 費用負担徴収者	8,491円	4月、5月実施
麻しん風しん混合 (MR) 費用負担免除者	11,891円	
風しん単体 費用負担徴収者	5,062円	
風しん単体 費用負担免除者	7,062円	
麻しん風しん混合 (MR) 費用負担徴収者	8,513円	6～3月実施
麻しん風しん混合 (MR) 費用負担免除者	11,913円	
風しん単体 費用負担徴収者	5,084円	
風しん単体 費用負担免除者	7,084円	

藤沢市風しん（任意）予防接種申込書

受付日：_____年____月____日

予防接種を希望する場合はこの申込書に必要事項を記入し、医療機関に提出してください。

1 該当するものを一つ選んでください。

- 妊娠を予定または希望している女性
 妊娠を予定または希望している女性の同居人
 妊婦の同居人

2 どちらか該当するものを選んでください。

- ・過去に風しん予防接種を受けたことがありますか？
 （ ない ・ ある ）
 ・過去に検査で確定診断をした風しんにかかったことがありますか？
 （ ない ・ ある ）

3 藤沢市民であることを確認するものをお持ちですか？

- 健康保険証 運転免許証 パスポート マイナンバーカード
 その他 （ _____ ）

私は、風しん（任意）予防接種を申し込みます。この申込書に記載の情報に基づき、対象者を確認するために藤沢市が住民基本台帳情報等を閲覧することに同意します。また、妊娠を予定または希望している女性本人またはその同居人、または妊婦の同居人であることに相違ありません。

ふりがな	
氏 名	
住 所	藤沢市
生年月日	_____年____月____日

風しんワクチン予防接種(任意接種)完了報告書 (兼口座振込依頼書)

藤沢市長	年 月 日
所在地	
医療機関	名称
	氏名

_____月に実施した風しんワクチン予防接種について、次のとおり報告します。

区分	件数			単価	金額
	男	女	計		
MRワクチン 徴収者				円	円
MRワクチン 免除者				円	円
風しんワクチン 徴収者				円	円
風しんワクチン 免除者				円	円
合計					円

上記についての接種委託料は、つぎのとおり振り込んでください。

※藤沢市に登録している
「債権者コード」がある場合は
コード番号を記載。

債権者コード									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※「債権者コード」がない場合は、次の欄に記載してください。

振込先	銀行 信用金庫 農業協同組合							支店
	種目	普通 当座	口座番号					※ 右づめ
口座 名義	フリガナ							
	フリガナ							

※提出期限は、毎月10日(当日が土日祝日の場合は前開庁日)必着です。
※債権者の通帳には、「フジサワシ」(カナ表記)と印字され振り込まれます。市から
同一日に他の振込みがある場合には合算して振り込まれます。

風しんワクチン予防接種(任意接種)完了報告書 (兼口座振込依頼書)

藤沢市長

〇〇〇〇年 5月 10日

所在地

藤沢市朝日町1番地の1

医療機関

名称

すこやかクリニック

氏名

藤沢 一郎

4月に実施した風しんワクチン予防接種完了報告書

書き誤りの際は新しい用紙に書き直
すか、二重線で消し、訂正してくだ
さい。

区分	件数			単価	金額
	男	女	計		
MRワクチン 徴収者	1	3	4	8,491円	33964円
MRワクチン 免除者				11,891円	円
風しんワクチン 徴収者		2	2	5,062円	10124円
風しんワクチン 免除者				7,062円	円
		5	6		44088円

債権者コードか振込先のどちら
か一方を記載してください。

接種委託料は、つぎのとおり振り込んでください。

※藤沢市に登録している
「債権者コード」がある場合は
コード番号を記載。

債権者コード

9 8 7 6 5 4

※「債権者コード」がない場合は、次の欄に記載してください。

振込先	銀行 信用金庫 農業協同組合							支店
	種目	普通 当座	口座番号					※ 右づめ
口座 名義	フリガナ							
	フリガナ							

※提出期限は、毎月10日(当日が土日祝日の場合は前開庁日)必着です。
※債権者の通帳には、「フジサワシ」(カナ表記)と印字され振り込まれます。市から
同一日に他の振込みがある場合には合算して振り込まれます。