埼玉県住所地外定期予防接種相互乗り入れ実施要綱

１　目　的

埼玉県住所地外定期予防接種相互乗り入れ（以下、「相互乗り入れ」という。）は、住所地（住民登録地）以外の埼玉県内市町村（以下、「住所地外区域」という。）において次の埼玉県内居住者の接種を可能とし、利便性を図ることを目的とする。

（１）かかりつけ医が住所地外区域にいる者
（２）里帰り出産等で一時的に住所地外区域に居所を置いている者
（３）重症疾患児、超未熟児や先天性免疫不全等で主治医が住所地外区域にいる者
（４）その他やむを得ない事情により接種機会を逃した者

２　ワクチンの種類

（１）２種混合（ＤＴ）
麻しん風しん混合（ＭＲ）
麻しん単抗原
風しん単抗原
日本脳炎
ＢＣＧ
不活化ポリオ単独（ＩＰＶ）
４種混合（ＤＰＴ－ＩＰＶ）
ヒブ
小児用肺炎球菌
ヒトパピローマウイルス（ＨＰＶ）
水痘
高齢者用肺炎球菌
Ｂ型肝炎
ロタウイルス
５種混合　（ＤＰＴ－ＩＰＶ－Ｈｉｂ）
帯状疱疹
第５期用麻しん風しん混合（ＭＲ）
第５期用風しん単抗原

（２）相互乗り入れの際、ワクチンの製造販売業者の特定はしない。

３　契約について

（１）相互乗り入れ業務委託契約は、市町村長と相互乗り入れに協力する一般社団法人埼玉県医師会（以下、「埼玉県医師会」という。）の会員が所属する医療

機関等（以下、「協力医療機関」という。）の長の委任を受けた一般社団法人埼玉県医師会長(以下、「埼玉県医師会長」という。)との間に締結するものであり、健康被害が生じた場合の協定も含まれる。

（２）協力医療機関の長は、埼玉県医師会員とする。

（３）協力医療機関の長は、接種するワクチンの種類を選択し、埼玉県医師会長に「委任状」（様式１－１）を提出する。また、委任状の内容に変更があった場合は「委任状変更届」（様式１－２）を、委任状を取り下げする場合は「委任状取り下げ申出書」(様式１－３）を速やかに埼玉県医師会長に提出する。なお、「委任状取り下げ申出書」の提出がない限り、毎年度自動更新されることとする。

（４）接種医は、協力医療機関に所属する医師とする。

（５）埼玉県医師会は、「協力医療機関名簿」を作成し、接種するワクチンの種類を市町村及び県民が閲覧できるよう、埼玉県医師会ホームページ上に掲載する。

４　委託料について

（１）協力医療機関は被接種者の住所地（住民登録地）の委託料にて接種を行う。

（２）委託料は、ワクチン代を含めた額とし、別紙「埼玉県住所地外定期予防接種相互乗り入れ料金表（以下、「料金表」という。)」のとおりとする。

（３）市町村は、毎年度及び随時、料金表を作成し、契約書に添えて埼玉県医師会長に提出する。

５　委託料の請求方法

（１）協力医療機関は、予防接種を実施した月ごとに取りまとめ、実施月の翌月の１５日（年度末にあっては特に厳守のこと）までに、様式２等による「住所地外定期予防接種委託料請求書（以下、「請求書」という。)」を毎月各市町村に提出する。

（２）協力医療機関は本契約に同意した市町村の委託料を、料金表及び埼玉県医師会ホームページ上にて確認し、請求書を作成し、予診票を添えて被接種者の住所地（住民登録地）市町村長に提出する。

６　実施方法

（１）予診票は、被接種者の住民登録地のものを使用する。

（２）協力医療機関及び接種医は、接種の際、必ずマイナ保険証、資格確認書又は有効期限が切れていない健康保険証と母子健康手帳等で被接種者の住所地（住民登録地）等所要事項の確認を行う。

（３）予防接種済の証明は、協力医療機関において母子健康手帳に記載又は予防接種済証（様式３）を被接種者に交付するものとする。

７　事務処理

事務は、埼玉県医師会事務局が行う。

８　その他

市町村はこの契約の円滑な実施のため、予防接種健康被害調査委員会を設置する。

附則

この要綱は、平成２４年２月２１日から施行する。

附則

この要綱は、平成２４年９月１日から施行する。ただし、２（１）の４種混合（ＤＰＴ－ＩＰＶ）に係る規定については、当該ワクチンが予防接種法に基づく定期予防接種の対象として導入される日から施行する。

附則

この要綱は、平成２５年４月１日から施行する。

附則

この要綱は、平成２６年４月１日から施行する。

附則

この要綱は、平成２６年１０月１日から施行する。

附則

この要綱は、平成２８年１０月１日から施行する。

附則

この要綱は、平成２９年４月１日から施行する。

附則

この要綱は、平成３１年４月１日から施行する。

附則

この要綱は、令和２年４月１日から施行する。ただし、２（１）のロタウイルスに係る規定については、当該ワクチンが予防接種法に基づく定期予防接種の対象として導入される日から施行する。

附則

この要綱は、令和３年４月１日から施行する。

附則

この要綱は、令和５年４月１日から施行する。

附則

この要綱は、令和６年４月１日から施行する。

附則

この要綱は、令和７年４月１日から施行する。ただし、２（１）の第５期用麻しん風しん混合（ＭＲ）及び第５期用風しん単抗原に係る規定については、令和７年６月１日から施行する。

様式１－１

委　任　状

令和　　年　　月　　日

一般社団法人埼玉県医師会長　様

所　在　地
医療機関名
施 設 長 名
電 話 番 号

当該医療機関は、一般社団法人埼玉県医師会長を代理人と定め、埼玉県住所地外定期予防接種相互乗り入れについて、以下の予防接種のうち、実施欄に〇の付いている接種に係る委託契約を締結する権限を委任します。

記

実施欄	予防接種の種類
	ヒブ
	小児用肺炎球菌
	Ｂ型肝炎
	ロタウイルス
	ポリオ単独（ＩＰＶ）
	４種混合（ＤＰＴ－ＩＰＶ）
	５種混合（DPT-IPV-Hib）
	ＢＣＧ
	水痘

実施欄	予防接種の種類
	麻しん風しん混合（MR）
	麻しん単抗原
	風しん単抗原
	日本脳炎
	２種混合（ＤＴ）
	HPV
	高齢者用肺炎球菌
	帯状疱疹
	第５期用麻しん風しん混合（MR）
	第５期用風しん単抗原

委託契約実施期間

令和　　年　　月　　日　から　令和８年３月３１日　までとする。

※なお実施要綱３(３) により委任取り下げの申し出が無い限り、委託契約は毎年更新されるものとする

★協力医療機関名の埼玉県医師会ホームページ（一般人用）への掲載　　可　・　否

※委任状の内容に変更が生じた場合には、速やかに変更届を提出してください。

＊埼玉県医師会＊

※郡市医師会精査欄　　医師会名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□ (レ点)

様式１－２

委 任 状 変 更 届

令和　　年　　月　　日

一般社団法人埼玉県医師会長　様

所　在　地
医療機関名
施 設 長 名
電 話 番 号

当該医療機関が貴会に提出した住所地外定期予防接種相互乗り入れに係る委任状の下記事項について変更願います。

記

下記**変更事項**に☑の上、変更箇所をご記入ください。

☐１．所在地

変更前　　変更後

所在地　〒＿＿＿＿＿＿　➡　〒＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　➡　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐２．医療機関名（**法人名の変更は除く**）

変更前　　変更後

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿　➡　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐３．施設長名

変更前　　変更後

施設長名＿＿＿＿＿＿＿＿　➡　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐４．電話番号

変更前　　変更後

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿　➡　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐５．実施予防接種の種類

変更前

実施欄	予防接種種類	実施欄	予防接種種類
	ヒブ		麻しん風しん混合（MR）
	小児用肺炎球菌		麻しん単抗原
	Ｂ型肝炎		風しん単抗原
	ロタウイルス		日本脳炎
	ポリオ単独（ＩＰＶ）		２種混合（ＤＴ）
	４種混合（ＤＰＴ－ＩＰＶ）		HPV
	５種混合（DPT-IPV-Hib）		高齢者用肺炎球菌
	ＢＣＧ		帯状疱疹
	水痘		第５期用 麻しん風しん混合（MR）
			第５期用 風しん単抗原

➡

変更後

実施欄	予防接種種類	実施欄	予防接種種類
	ヒブ		麻しん風しん混合（MR）
	小児用肺炎球菌		麻しん単抗原
	Ｂ型肝炎		風しん単抗原
	ロタウイルス		日本脳炎
	ポリオ単独（ＩＰＶ）		２種混合（ＤＴ）
	４種混合（ＤＰＴ－ＩＰＶ）		HPV
	５種混合（DPT-IPV-Hib）		高齢者用肺炎球菌
	ＢＣＧ		帯状疱疹
	水痘		第５期用 麻しん風しん混合（MR）
			第５期用 風しん単抗原

☐６．医療機関名の埼玉県医師会ホームページ（一般人用）への掲載　　可　・　否

＊埼玉県医師会＊

※郡市医師会精査欄　　医師会名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　☐　(レ点)

様式２

令和７年度埼玉県住所地外定期予防接種相互乗り入れ委託料請求書

請求金額　　金　　円（税込）

令和　　年　　月分　の委託料として、予診票を添えて請求いたします。

内　訳　　（円）

項目（予防接種の種類）			委託料単価（税込）	件数	委託料（税込）
ワクチン名	種類等	対象者			
ヒブ					
小児用肺炎球菌	１５価				
	２０価				
Ｂ型肝炎					
ロタウイルス	ﾛﾀﾘｯｸｽ(1価)				
	ﾛﾀﾃｯｸ(5価)				
ポリオ単独					
４種混合					
５種混合					
ＢＣＧ					
水痘					
麻しん風しん混合					
麻しん単抗原					
風しん単抗原					
日本脳炎					
２種混合					
ＨＰＶ	２価・４価				
	９価				
高齢者肺炎球菌		一般			
		生活保護等			
帯状疱疹	組換えワクチン	一般			
	生ワクチン				
	組換えワクチン	生活保護等			
	生ワクチン				
第５期用麻しん風しん混合					
第５期用風しん単抗原					
予診のみ					
合　　計					

消費税率10％

令和　　年　　月　　日

市町村長

医療機関名
所在地
電話番号
施設長名　　㊞
登録番号　T□□□□□□□□□□□□□

※登録番号を取得している医療機関等は記載

口座振替（振込先）

銀行・組合	支店 口座番号（普・当）
信用金庫	支所
（金融機関コード　　）	（支店コード　　）
（フリガナ） 口座名義	

＊埼玉県医師会＊