

1. 業務内容

各業務における予定数量については、過去の実績を基に想定している“予定数”であり、この数量を超えるまたは下回るいずれの場合においても、単価を変更することなく契約単価にて支払いを行うものとする。

(1) 予診票のチェック業務

① 記載漏れ確認（予定数量：49,000件（インフル予診票）／6,000件（コロナ予診票））

インフル予診票・コロナ予診票において、①接種医師名、②接種量（②はインフル予診票は確認不要）の各欄に記載漏れがないか確認すること（別紙①チェック業務（記載漏れ確認）参照）。

➔ 記載漏れの場合は該当の予診票に付箋（75×25mm・黄色）を貼付すること。

② 無料証明書確認（予定数量：2,000件（コロナ予診票））

コロナ予診票において、以下①～③のいずれかの無料証明書が添付している場合は、添付証明書類が適当であるか確認すること（別紙②チェック業務（無料証明書確認）参照）。

① 令和8年度 明石市介護保険料額決定通知書（1～3段階）

② 明石市高齢者新型コロナワクチン接種費用にかかる免除決定通知書

③ 生活保護受給証明書

➔ 無料証明書が適当の場合は、予診票の費用区分欄において、該当の区分（①・②の場合は「1」、③の場合は「2」）に○がついているか確認し、○がついていない場合は○をつけ、修正が必要な場合は二重線で修正し、該当の数字に○をつけること（赤ペンを使用）。※ 加古川市様式の場合は不要

➔ 無料証明書が不適当の場合は、予診票に付箋（75×25mm・青色）を貼付すること。この場合は予診票の費用区分欄において、修正等は必要ない。

(2) パンチデータ作成業務（予定数量：49,000件（インフル予診票）／6,000件（コロナ予診票））

インフル予診票・コロナ予診票及び実施報告書を基にデータ化を行うこと。

なお、データ化にあたっては、ベリファイ入力を行うこと。

（別紙③「データ化項目」、別紙④「ファイル／レコード仕様書」参照）

➔ 読み取り（判断）不能な記載のためblankでパンチした場合は、予診票に付箋（75×25mm・赤色）を貼付すること（blank指定しているものは不要）。加えて、当該付箋に、blankパンチした箇所（（例）フリガナ）を記入すること。

2. 納品方法

委託者が指定する場所・日時に受託者が取りに来るまたは渡しに来ること（別紙⑤「送付スケジュール」参照／協議のうえスケジュールを変更する場合あり）。

ただし、少数の場合は、書留等で、明石市（受取の場合は受託者）が受領した事実の証明が可能な方法にて郵送することも可能とする（郵送料は受託者負担）。

また、データの納品においては、こちらが指定するデータ送信方法を用い、データには任意のパスワードをかけること。

別紙① チェック業務（記載漏れ確認）

▶明石市様式

明石市高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼報告書(市町保存用)			診察前の体温		度	分
カナ氏名 ※左詰めで記入		電話番号		- -		
氏 名		性 別 ※いずれかに○		1.男 2.女		
住 所						
生年月日		2.大正 3.昭和		年 月 日生 (満 歳)		
費用区分 ※いずれかに○ 明石市が予防接種費用の 無料化を行った年度に限り 記入不要です。		0. 自己負担有 1. 自己負担無(市民税非課税世帯) 2. 自己負担無(生活保護世帯) 【予防接種費用無料措置にかかる書類の提出について】 ※「自己負担無」の方のみご記入ください。 明石市長様 高齢者インフルエンザ予防接種費用無料措置を受けるため、下記の書類を提出します。 いすれかに○ () 明石市高齢者インフルエンザ予防接種費用にかかる免除決定通知書 () 介護保険料決定通知書 ※ 接種日と同一年度に交付されたもので、保険料段階第1～3段階のものに限る。 () 生活保護受給証明 ※ 接種日より3か月以内に発行したものに限る。 本人及び同一世帯に属する者の生活保護法の適用状況または課税状況等を確認することに同意します。 年 月 日 (氏名)				
使用ワクチン Lot NO. 接種量 0.5ml		2接種量		※インフルは確認不要		
実施場所 医師名		1接種医師名				
接種年月日		年 月 日				
質問事項		回答欄		医師記入欄		
接種当日、あなたの年齢は満65歳以上ですか。		はい いいえ				
今年度のインフルエンザ予防接種(定期)を受けるのは初めてですか。		はい いいえ				
今日のインフルエンザ予防接種について、説明書を読みましたか。		はい いいえ				
今日のインフルエンザ予防接種の効果や副反応について理解しましたか。		はい いいえ				
現在、何か病気にかかっていますか。病名()		はい いいえ				
治療(投薬など)を受けていますか。		はい いいえ				
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				
免疫不全と診断されたことがありますか。		はい いいえ				
今日、体に具合の悪いところがありますか。		はい いいえ				
具合の悪い症状を書いてください。()		はい いいえ				
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。		はい いいえ				
過去にインフルエンザ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がありますか。		はい いいえ				
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がありますか。		はい いいえ				
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。		はい いいえ				
1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類()		はい いいえ				
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。		はい いいえ				
病名()		はい いいえ				
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				
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。		はい いいえ				
病名()		はい いいえ				
今日の予防接種について質問がありますか。		はい いいえ				
医師記入欄		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、説明した。 (医師の署名または記名押印)				
インフルエンザ予防接種希望書 (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・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 (被接種者署名)				
R6		※自署できない場合は、代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載。				

▶加古川市様式

高齢者インフルエンザ予防接種予診票・接種券			
診察前の体温		度	分
住 所	加古川市・稲美町・播磨町・高砂市・明石市		
氏 名	男・女		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)		
加古川市無料クーポン券貼付箇所 ※シール以外の助成券・介護保険料決定通知書などの書類はクリップで止めてください			
質問事項		回答欄	医師記入欄
1. あなたは、満65歳以上ですか。		はい いいえ	
2. インフルエンザ予防接種の説明書を読みましたか。		はい いいえ	
3. 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()		はい いいえ	
(1)治療(投薬など)を受けていますか。		はい いいえ	
(2)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。		はい いいえ	
6. 今日、体に具合の悪いところがありますか。		はい いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。()		はい いいえ	
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。		はい いいえ	
8. 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がありますか。(2日以内の発熱、発疹等)		はい いいえ	
(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がありますか。		はい いいえ	
9. ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。		はい いいえ	
10. 1か月以内に予防接種を受けましたか。種類()		はい いいえ	
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。		はい いいえ	
病名()		はい いいえ	
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1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。		はい いいえ	
病名()		はい いいえ	
13. 今日の予防接種について質問がありますか。		はい いいえ	
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しました。 医師署名又は記名押印			
インフルエンザ予防接種希望書 (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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種を希望します。また、本予診票が、予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解しており、本予診票が市町に提出されることに同意します。 令和 年 月 日 被接種者自署 (代筆者氏名) 続柄			
(※意思確認ができ、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)			
★医療機関記入欄			
ワクチン名及び LOT No.	実施場所・医師名・接種年月日		
2接種量	医師名		
※インフルは確認不要	1接種医師名		
接種年月日	年 月 日		

介護保険料額決定通知書 見本① (A4 タイプ)

令和 8 年度か確認

保険料段階が
1～3 段階のみ
無料対象

令和 8 年度か確認

保険料段階が
1～3 段階のみ
無料対象

有効期限が
令和 9 年 1 月 31 日か
確認

令和5年3月31日

[illegible]

接種日から
3 か月以内か
確認

別紙③データ化項目

No	項目	桁数	備考
①	ワクチン 種類	1 桁	インフル予診票は「1」で固定入力[A1] コロナ予診票は「9」で固定入力
②	カナ氏名	15 桁（半角カナ）	左詰めで入力（氏名間のスペース不要）
③	生年月日	7 桁（半角数字）	大正「2」、昭和「3」で入力 （例：昭和 20 年 1 月 1 日＝「3200101」） 西暦で記載されている場合は和暦変換する
④	接種年月日	7 桁（半角数字）	令和「5」で入力 （例：令和 5 年 10 月 10 日＝「5051010」） 西暦で記載されている場合は和暦変換する
⑤	費用区分	1 桁（半角数字）	（明石市様式） - インフル予診票（黄色）は「1」で固定入力 - コロナ予診票は無料証明書が添付されており、「1」または「2」に○がついている場合は該当の数字を入力し、それ以外（「0」に○の有無に関わらない）は「0」で入力 ※ 無料証明書が不適當であるが、「1」または「2」に○がついている場合も、該当の数字を入力 （加古川市様式） - インフル予診票は「1」で固定入力 - コロナ予診票は 添付に無料証明書が「有」→「1」で入力 添付に無料証明書が「無」→「0」で入力 ※ 無料証明書が不適當の場合も、「1」で入力
⑥	予防接種 医療機関コード	6 桁（半角数字）	実施報告書（またはパンチ送付書）に記載のコードを各束で固定入力
⑦	通し番号	6 桁（半角数字）	全予診票に通し番号を付番（印字）、当該番号を入力 インフル予診票は「000001」より開始 コロナ予診票は「900001」より開始 ※ 実施報告書や無料証明書に付番しても差し支えない（パンチする必要はない）
⑧	Lot 番号	10 桁（半角英数字）	左詰めで入力
⑨	予備項目	203 桁（半角カナ）	全てブランク
※ ①～⑤・⑦⑧は予診票より、⑥は実施報告書（またはパンチ送付書）より入力			

○ 納品時のファイルについて

- ・ 固定長 256桁のテキストファイルで作成すること。
 - ・ 文字コードは「Shift_JIS」で作成すること。
 - ・ ファイル名は「KINF_XXX.txt」とする。
- ※ 「XXX」は納品ファイル数に応じて「001」～「999」とする。

ファイル数が 1 件の場合は「001」とする。

▶明石市様式

枚目 (金) 枚

②

【月報】インフルエンザ予防接種実施報告書 (市町報)

明石市・加古川市・高砂市・稲美町・播磨町

(8桁)
 予防接種
 医療機関
 コード

医療機関名

年 月 日

明石市長様
 下記のとおり実施しましたので報告します。

報告担当者

(年 月 分)

対象者	有科人数 (①)	無 料		合計 (①+②+③)	予防のみ
		保険料 (②)	生活保護 (③)		
満65歳以上					
満0～65歳未満の 厚労省令で定める者					

※ 明石市民は接種費用の無料化が行われた年度に限り「合計」と及び「予防のみ」欄の記入をする

1. 月分をまとめて、予防接種を実施した**翌月5日までに**明石市医師会へ提出してください。

添付書類

明石市高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼報告書(市町係用)・証明書類(該当する場合)
 添付しくは必要書類等をご確認ください。

【明石市民の報告書提出に係るチェックリスト】※提出前にチェックを！

☐

予防診票の「本人記入欄(氏名・住所・電話番号など)」に抜けはありませんか。

☐

予防診票の「医師記入欄(接種場所・医師名・接種年月日・ロットNo)」に抜けはありませんか。

☐

被接種者は65歳以上ですか。

☐

被接種者が満60～65歳未満の者の厚労省が定める者の場合、証明書(身体障害者手帳等)を添付(A4コピー)していますか。 ※手帳は対象者・等級・疾病名が分かる面をコピーすること

☐

被接種者が自己負担免除者(市民税非課税世帯・生活保護受給世帯)の場合、証明書(以下)を添付する必要がありますか。 また、予防診票の「費用区分欄」を記入していますか。

※ 明石市民は接種費用の無料化が行われた年度に限り、証明書の添付及び区分欄の記入は不要

<自己負担免除者の証明書>

① 介護保険料決定通知書(接種日と同一年度に交付されたもので、保険料段階1～3段階のものに限る)

② 生活保護受給証明書(接種日より3か月以内に発行したものに限る)

③ 明石市高齢者インフルエンザ予防接種費用にかかると免除決定通知書

▶加古川市様式

パンチ送付書【区分⑥】

(加古川・高砂)

⑥

医療機関コード _____

▶個別・神戸市様式

[illegible]

【予診票】

▶明石市様式

明石市高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼報告書(市町保存用)										診療科の係長	度	分
住所 ②		明石市 大久保ゆりのき通 1-4-7										
フリガナ (※外字の記入)		ア	カ	シ	タ	ク	ヤ			電話番号	-	-
氏名		明石 太郎								性別	()男・ 2女	
生年月日		③	大正・ ③昭和		25年		1月	1日生	(満)	歳		
⑤ 自己負担有 1. 自己負担無(市民税・所得税世帯) 2. 自己負担無(生活保護世帯)												
【予防接種費用無料措置にかかる書類の提出について】※自己負担無の方のみ記入ください。												
費用区分 いずれに○		明石市市民権 高齢者インフルエンザ予防接種費用減額制度を受けたい。○(2)の欄を記入します。 いずれに○ () 明石市高齢者インフルエンザ予防接種費用から免除決定通知書 () 本人通知書(介護保険料額決定通知書) () 市役所と同一世帯に同居しているため、毎月の介護費(1-3)欄のものに照る。 () 生活保護受給証明書 ※申請日より3か月以内に行なったものに限る。										
注：医療費助成、本人及び同一世帯に属する者に属する世帯の世帯主が同一世帯主であることを確認してください。												
年 月 日 (氏名)												
使用フロン		⑧		実施場所 医師名		※医師の本人印鑑(蓋)または本人署名(捺印)に押印してください。						
Lot NO.		接種年月 ④		令和5年		10月	10日	10日				
接種後 〇分経過												
質問事項												
										回答欄	医師記入欄	
接種当日、あなたの年齢は満5歳以上ですか。										はい	いいえ	
今年度のインフルエンザ予防接種を受けるの期を定めますか。										はい	いいえ	
今日のインフルエンザの予防接種について、説明書を読みましたか。										はい	いいえ	
今日の予防接種の意義や副作用について理解しましたか。										はい	いいえ	
現在、何の病にかかっていますか。病名()										はい	いいえ	
治療(薬名など)を受けていますか。										はい	いいえ	
その際、医師の指示を受けてもよいと思われましたか。										はい	いいえ	
感染予防が十分されたことがありますか。										はい	いいえ	
今日、担当の医師と話をすることがあります。										はい	いいえ	
具合の悪い、症状を覚えてください。										はい	いいえ	
薬や食品でアレルギー反応が起きたり、他の具合が悪くなったことがありますか。										はい	いいえ	
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がありますか。										はい	いいえ	
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がありますか。										はい	いいえ	
クモリかけ(けいれん)を起こしたことがありますか。										はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けたか、予防接種の種類()										はい	いいえ	
小児科、内科、外科、皮膚科、血液内科などの慢性疾患にかかっていますか。										はい	いいえ	
病名()										はい	いいえ	
その病気の主治医は、今日の予防接種を受けてもよいと思われましたか。										はい	いいえ	
最近1か月以内にけいれんが起きたり、病気がかかったりしましたか。										はい	いいえ	
病名()										はい	いいえ	
今日の予防接種について、質問がありませんか。										はい	いいえ	
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)。本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種後観察会参加を説明し、説明した。												
(医師の署名または記名押印)												
インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が医師の判断により適切に決定していただく。)												
医師の診察・問診を受け、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。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、予診票を何年何月に提出されることに同意します。												
年 月 日 (接種者署名)												

▶加古川市様式

高齢者インフルエンザ予防接種予診票・接種券

診察前の体温 度 分

住所 大久保町ゆりのき1-4-7

加古川市無料クーポン券貼付箇所

氏名 アカシ タロウ (男)・女
明石 太郎

※シール以外の助成券・介護保険被扶決定通知書などの書類はクリップで止めてください

生年月日 昭和 大正 昭和 年 月 日生 (満 歳)

質問事項	回答欄	医師記入欄
1. あなたは、満65歳以上ですか。	はい はい	
2. インフルエンザ予防接種の説明書を読みましたか。	はい はい	
3. 予防接種の効果や副作用などについて理解しましたか。	はい はい	
4. 現在、何か病気にかかっていますか。病名()	はい はい	
(1)治療(投薬など)を受けていますか。	はい はい	
(2)その病気の主治医は、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい はい	
5. 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい はい	
6. 今日、体に具合の悪いところはありませんか。	はい はい	
具合の悪い症状を書いてください。()	はい はい	
7. 薬や食品でアレルギー反応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。	はい はい	
8. 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 はい	
(1)その際に具合が悪くなったことがありますか。(2日以内の発熱、発疹等)	はい はい	
(2)インフルエンザの予防接種の後に具合が悪くなったことがありますか。	はい はい	
9. ひきつづいていいかを起こしたことがありますか。	はい はい	
10. 1か月以内に予防接種を受けたこと。種類()	はい 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ていますか。	はい はい	
病名()	はい 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 はい	
12. 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。	はい はい	
病名()	はい はい	
13. 今日の予防接種について質問がありますか。	はい 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、副作用及び予防接種健康被害救済制度について説明しました。

医師署名又は記名押印

インフルエンザ予防接種希望書(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、接種を希望する旨を、重傷な副作用の懸念は、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種を希望します。また、本予診券が、予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解しており、本予診券が市街に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 接種希望者(白書) (代筆者氏名) 捺印

★医療機関記入欄

①	ワクチン名及びLOT No.	実施場所	実施場所・医師名・接種年月日
接種年月日	実施場所	医師名	
接種年月日	令和5 年 10 月 10 日		

R8インフル・コロナ予診票送付スケジュール

接種月	明石市内医療機関 →明石市医師会 予診票提出日	明石市医師会→市 予診票提出日 ※日AMに市に渡す	市→委託業者 予診票提出日 委託業者が市まで 日10時に来所・受取 ※少量の場合は郵送受取可	提出見込件数(件) ※変動可能性あり			委託業者→市 データ・予診票納品 委託業者が市まで来所・納品 納品日が報告書の受取日でない場合は 書留など対面受け渡しによる郵送納品可	【市内部処理】 保健予防課→会計室 提出期限	市→明石市医師会 支払い (毎月20日) ※1月のみ25日
				①	②	③			
				明石	加古川	神戸			
10月	2026年11月5日(木)	2026年11月11日(水)	2026年11月16日(月)	22,000	－	800	2026年11月26日(木)	2026年12月10日(木)	2026年12月21日(月)
		2026年11月17日(火)	2026年11月20日(金)	1,000	－	－	2026年12月4日(金)		
		－	2026年11月26日(木)	－	500	100			
11月	2026年12月4日(金)	2026年12月10日(木)	2026年12月15日(火)	21,000	－	900	2026年12月25日(金)	2027年1月15日(金)	2027年1月25日(月)
		2026年12月16日(水)	2026年12月21日(月)	1,000	－	－	2027年1月8日(金)		
		－	2026年12月25日(金)	－	500	100			
12月	2027年1月8日(金)	2027年1月13日(水)	2027年1月18日(月)	4,000	－	400	2027年1月26日(火)	2027年2月9日(火)	2027年2月22日(月)
		2027年1月21日(木)	2027年1月26日(火)	1,000	300	100	2027年2月3日(水)		
1月	2027年2月5日(金)	2027年2月18日(木)	2027年2月25日(木)	1,000	100	100	2027年3月4日(木)	2027年3月10日(水)	2027年3月23日(火)
1月	－	－	2027年3月4日(木)		100		2027年3月9日(火)	2027年3月15日(月)	2027年3月25日(木)
計				51,000	1,500	2,500			

- 【参考】
- 明石市医師会医療機関は接種月の翌月5日までに医療機関→医師会へ接種報告書を提出
 - 明石市内個別契約医療機関(医師会非会員)・神戸市医師会医療機関は接種月の翌月5日までに各医療機関→市へ接種報告書を提出
 - 加古川市・高砂市医師会医療機関は接種月の翌月20日までに各医師会→市へ接種報告書を提出