

高松市内3医師会連合会理事長 殿

所在地

医療機関連絡先

医療機関名

院長名

令和8年度 高松市新型コロナウイルス感染症予防接種実施報告書

(月分)

事 項 自己負担金区分	被 接 種 者 数	
	65歳以上 (65歳の誕生日前日含む)	60～64歳 (※確認書類添付)
徴 収 者	人	人
免 除 者 (※確認書類添付)	人	人

接種不可（見合わせ）保険診療をしなかった場合
※予診票に署名、見合わせた日付を記入すること

人

※修正テープ（液）不可

【添付書類】

- (1) 予診票（2枚複写の1枚目）
- (2) 自己負担金免除者の場合はその確認書類
- (3) 60歳～64歳の対象者は、予防接種対象者確認書又は身体障害者手帳（1～4面）の写し

〔 60～64歳の対象者：心臓、腎臓又は呼吸器の機能障害により身体障害者手帳1級を有する者
及びヒト免疫不全ウイルスにより身体障害者手帳1級を有する者 〕

※（2）・（3）については、該当予診票の後ろにホッチキス（左上1か所留め）で添付

送付期限：翌月の10日必着（10日が土日祝日の場合はその翌平日）

※実績がない場合でも、10月以降は毎月実施報告書の提出が必要です。（0件の場合はFAX可）

※当該年度において、新型コロナウイルス感染症予防接種の受付を終了した場合は、下記のチェックボックスに☑を入れ、御報告をお願いします。（その場合、翌月以降の報告は不要です。）

【新型コロナウイルス感染症予防接種実施終了報告】

- ☐ 当院での、予防接種の受付は 月 日で終了いたしました。
つきましては、今回を最終の報告といたします。（終了時点での予診票の残数：約 枚）

【お問合せ先・送付先】 〒760-0074 高松市桜町一丁目10番27号
高松市保健所感染症対策課 予防接種係
TEL (087) 839-2870
FAX (087) 813-0221