

【必ずお読みください】

ワクチン・検査パッケージについて

対象者	①キャンペーン対象エリアの在住者である方 ②ワクチン接種歴もしくはPCR検査等で陰性確認ができる方
本人確認書類	マイナンバーカード、運転免許証、運転経歴証明書、健康保険証、その他氏名と現住所が確認出来る公的書類
ワクチン接種歴	2回接種で2回目接種より14日以上経過していること (接種日翌日を1日目とする)
検査結果通知書	3日前以降の検体採取による検査結果が陰性であること。 (抗原定性検査の場合は前日または当日) また、検査結果通知書に以下の7項目の明記があること。 (事前に以下の項目の記載をしてくれるかを確認の上、受検してください) ①受検者氏名 ②検査結果 ③検査方法 ④検査所名 ⑤検体採取日 ⑥検査管理者氏名 ⑦有効期限 ※抗原定性検査を事業者の管理下で行い、検査結果通知書を発行する場合は、③検査方法の代わりに使用したキット名を、④検査所名の代わりに事業所名を記載。))
検査費用について	検査に必要な費用は自己負担となります。 ※キャンペーンでの特典分より検査費用が上回る場合があります。ご注意ください。
未就学児	同居する親等の監護者が同伴する場合には、12歳未満は検査不要。 ※ただし、自粛要請の対象となる場合に当たっては、6歳以上12歳未満は検査が必要。
提示物	予防接種済証等を撮影した画像や写し等の提示も可能
対象外について	キャンペーンの適用外となった場合、正規料金をお支払いいただくかキャンセル（キャンセル料が発生）のご判断をしていただきます。 ①条件を満たさない場合、キャンペーンの適用外となります。 (検査結果が陽性の場合、検査結果が「判定不能」であった場合、確認書類を持参しなかった場合、検査結果が間に合わなかった場合、ワクチン接種から14日を経過していない場合等) ※後日の提出は不可 ②複数人の参加者のグループの一部の方が条件を満たさない場合は、グループの方全員がキャンペーンの適用外となります。

上記をご確認いただき、以下を同意いただいた上でお申し込みください。

- ワクチンを接種済であること又は検査結果が陰性であることが利用条件であること。
- 予防接種済証等又は検査結果通知書を当日フロントにてご提示ください。
- ワクチンの効果は完全ではなく、接種しても感染し、他の人に感染させる可能性があるため、ワクチンを接種していたとしても基本的な感染対策を怠らないこと。
- 検査結果が陰性であったとしても、検査後に感染する可能性があり、また、偽陰性である可能性もあるため、基本的な感染対策を怠らないこと。
- 旅行開始日の2週間前から感染リスクを避けて生活すること。

【参考】

<予防接種済証の場合>

接種券		予防のみ		新型コロナウイルスワクチン接種済証 Certificate of Vaccination	
接種 2	ワクチン接種 1	接種 1	予防のみ 1	1回目	接種年月日 2021年 月 日 接種場所 2回目 接種年月日 2021年 月 日 接種場所 氏名 厚生 太郎 性別 〇〇歳〇〇歳〇〇 男 生年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 生 〇〇〇〇〇〇〇〇 日本 一都
請求先	〇〇県〇〇市 123456	請求先	〇〇県〇〇市 123456	接種年月日	
接種番号	1234567890	接種番号	1234567890	接種場所	
氏名	厚生 太郎	氏名	厚生 太郎		
 QRライン (18桁)		 QRライン (18桁)			
接種 2	ワクチン接種 2	接種 1	予防のみ 2	2回目	
請求先	〇〇県〇〇市 123456	請求先	〇〇県〇〇市 123456	接種年月日	
接種番号	1234567890	接種番号	1234567890	接種場所	
氏名	厚生 太郎	氏名	厚生 太郎		
 QRライン (18桁)		 QRライン (18桁)			

接種を受ける方へ

- シールは剥がさずに、台紙ごと接種場所へお持ちください。
- 右側の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管してください。

2回分シールが貼られているか確認。
2回目以降14日経過しているか確認。

運転免許証等により、本人のものか確認。

<接種記録書の場合>

新型コロナワクチン接種記録書
Record of Vaccination for COVID-19

<p>1回目 接種年月日 接種場所</p>	<p>2回目 接種年月日 接種場所</p>
-------------------------------	-------------------------------

氏名 : _____
 住所 : _____
 生年月日: _____年 _____月 _____日

新型コロナワクチンの接種を受けた医療従事者等の方へ

- 上記の接種記録書は、2回目の接種でもシールを貼付しますので、2回目の接種にもご持参ください。接種記録書は、接種の記録となりますので、大切に保管してください。
- 市町村が発行する接種済証が必要な場合は、住民票がある市町村にお問い合わせください。(発行まで時間を要する場合があります。)
- 後日、市町村から郵送される接種済証は、使用しないでください。
- 2回目の接種時に、「接種券付き予防済証」と「接種記録書」をご持参ください。

新型コロナワクチンに関する相談先

- ワクチン接種後に、健康に異常があるとき
⇒ ワクチンの接種を受けた医療機関・かかりつけ医・市町村の相談窓口
- 予防接種による健康被害についての補償(救済)に関する相談
⇒ 市町村の予防接種担当部門

新型コロナワクチンの詳しい情報については、厚生労働省ホームページをご覧ください。
右のQRコードからアクセスできます。

2回分シールが貼られているか確認。
2回目以降14日経過しているか確認。

運転免許証等により、本人のものか確認。

<接種証明書の場合>

新型コロナウイルス感染症 予防接種証明書 Vaccination Certificate of COVID-19	
姓(旧姓) (別姓) 名(別名) [Surname(Former surname)](Alternative surname) Given name(Alternative given name)	
生年月日 [Date of Birth](YYYY-MM-DD)	
国籍・地域 [Nationality/Region]	
旅券番号(Passport Number)	
<u>1回目接種[First Dose]</u>	<u>2回目接種[Second Dose]</u>
ワクチンの種類 [Vaccine Type]	ワクチンの種類 [Vaccine Type]
メーカー [Manufacturer]	メーカー [Manufacturer]
製品名 [Product Name]	製品名 [Product Name]
製造番号 [Lot Number]	製造番号 [Lot Number]
接種年月日 [Vaccination Date](YYYY-MM-DD)	接種年月日 [Vaccination Date](YYYY-MM-DD)
接種国 [Country of Vaccination]	接種国 [Country of Vaccination]
証明書発行者(Certificate Issuance Authority)	
日本国厚生労働大臣 [Minister of Health, Labour and Welfare, Government of Japan]	
証明書ID [Certificate Identifier]	証明書発行年月日 [Issue Date](YYYY-MM-DD)

運転免許証等により、本人のものか確認。

2回接種しているか、2回目以降14日経過しているか確認。

出典:厚生労働省ホームページ

<検査結果通知書の様式例>

検査結果通知書	
<ul style="list-style-type: none">この検査結果は、「ワクチン・検査パッケージ制度」等においてのみ有効です。利用の際に、身分証明書とともに提示してください。新型コロナウイルス感染者の患者であるかどうかの診断には用いることができません。	
陽性の方は、速やかに医療機関を受診してください。	
<input type="checkbox"/> 受検者氏名	〇〇 〇〇 (フリガナ 〇〇 〇〇)
<input type="checkbox"/> 検体採取日 ^{※1}	2021年〇月〇日
<input type="checkbox"/> 検査結果	陽性 ・ 陽性 ・ 判定不能
<input type="checkbox"/> 有効期限 ^{※2}	2021年〇月〇日
<input type="checkbox"/> 検査方法	PCR検査等 ・ 抗原定量検査 ・ 抗原定性検査
<input type="checkbox"/> 検体	唾液 ・ 鼻腔ぬぐい液 ・ 鼻咽頭ぬぐい液
<input type="checkbox"/> 使用した検査試薬又は検査キット名	〇〇 〇〇
※1 検査日のみがわかる場合は検査日を記入。抗原定性検査の場合は検査日。 ※2 有効期限：PCR検査等は採取日+3日、抗原定性検査は検査日+1日	
<input type="checkbox"/> 事業所名（又は検査所名）	〇〇 〇〇
<input type="checkbox"/> 検査管理者氏名	〇〇 〇〇
【陽性の場合】	
<input type="checkbox"/> 医療機関を受診してください。	
<input checked="" type="checkbox"/> 受診・相談センターに電話し受診先について相談してください	
	電話番号 〇3-XXXX-XXXX

運転免許証等により、本人のものか確認。

陰性であることを確認。

有効期限内であることを確認。

いずれかの検査であることを確認。