

# 予防接種料金表（※公費対象モデルは足立区版）

2025年9月1日 更新

※対象年齢を過ぎた場合は自費となる場合があります。

| 種類                                             | 公費の対象者と有無<br>(お住まいの区によって異なります)                                                                                                                |     | 自費料金 (税込) |          |          |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------|----------|----------|
|                                                |                                                                                                                                               |     |           | 組合員      | 一般       |
| ロタウイルス<br>(ロタリックス)                             | 生後6週から24週まで足立区の方は全額公費                                                                                                                         | 有   | 1回目       | 14,300 円 | 16,500 円 |
|                                                |                                                                                                                                               |     | 2回目以降     | 13,200 円 | 15,400 円 |
| 五種混合ワクチン<br>(ゴビーック)<br>(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ) | 生後2ヶ月～60ヶ月(5歳)に至るまでの足立区の方は全額公費<br><br>* 五種混合(四種+ヒブ)は2024年4月開始です。<br>詳細は足立区のホームページをご覧ください。<br>* プレベナー20は2024年10月開始です。<br>詳細は足立区のホームページをご覧ください。 | 有   | 1回目       | 19,100 円 | 21,100 円 |
|                                                |                                                                                                                                               |     | 2回目以降     | 17,600 円 | 19,600 円 |
| 小児肺炎球菌ワクチン<br>(バクテリックス：15価)                    |                                                                                                                                               | 有   | 1回目       | 11,000 円 | 13,000 円 |
|                                                |                                                                                                                                               | 有   | 2回目以降     | 9,500 円  | 11,500 円 |
| 小児肺炎球菌ワクチン<br>(プレベナー20：20価)                    |                                                                                                                                               | 有   | 1回目       | 9,900 円  | 12,100 円 |
|                                                | 2回目以降                                                                                                                                         |     | 8,800 円   | 11,000 円 |          |
| B型肝炎                                           | 1歳の誕生日の前日まで足立区の方は全額公費                                                                                                                         | 有   |           | 6,600 円  | 8,800 円  |
| BCG                                            |                                                                                                                                               | 有   |           | 6,020 円  | 8,060 円  |
| 水痘 (みずぼうそう)                                    | 1歳の誕生日の前日から3歳の誕生日の前日まで足立区の方は全額公費                                                                                                              | 有   |           | 8,800 円  | 11,000 円 |
| MR (麻しん・風しん混合)                                 | 1期：1歳の誕生日前日～2歳の誕生日前日<br>2期：5～7歳未満で小学校入学前の1年間<br>* 1期・2期とも足立区の方は全額公費                                                                           | 有   |           | 9,900 円  | 12,100 円 |
| 日本脳炎                                           | 1期：1～7歳6ヶ月に至るまで<br>2期：9～13歳未満<br>* 1期・2期とも足立区の方は全額公費                                                                                          | 有   |           | 5,500 円  | 7,700 円  |
| 二種混合ワクチン<br>(ジフテリア・破傷風)                        | 11歳～13歳までの足立区の方は全額公費                                                                                                                          | 有   |           | 3,300 円  | 5,500 円  |
| おたふくかぜ                                         | 任意<br>1歳お誕生日から2歳の誕生日前日まで<br>4,000円の助成                                                                                                         | 一部有 |           | 6,600 円  | 8,800 円  |
| HPV：女性向け<br>(シルガード9：9価)                        | 小学6年から高校1年相当までの女子で足立区の方は全額公費<br>* 平成9年4月2日～平成20年4月1日生まれの女性<br>(キャッチアップはR6.3.31まで)<br>* 過去にHPVワクチン接種を合計3回受けていない方                               | 有   | 1回目       | 27,300 円 | 29,300 円 |
|                                                |                                                                                                                                               | 有   | 2回目以降     | 25,800 円 | 27,800 円 |
| HPV：男性向け<br>(ガーダシル：4価)                         | 小学6年から高校1年相当までの男子で足立区の方は全額公費<br>* 予約票は区に申請をして持参が必要                                                                                            | 有   | 1回目       | 15,000 円 | 17,000 円 |
|                                                |                                                                                                                                               | 有   | 2回目以降     | 13,500 円 | 15,500 円 |
| 带状疱疹ワクチン<br>(シングリックス)                          | 定期：65、70、75、80、85、90、95、100歳は全額公費<br>任意：足立区在住、50歳以上の方<br>1回あたり10,000円の助成                                                                      | 一部有 | 1回目       | 20,500 円 | 22,500 円 |
|                                                |                                                                                                                                               | 一部有 | 2回目以降     | 19,000 円 | 21,000 円 |
| 高齢者肺炎球菌ワクチン<br>(ニューモバックスNP)                    | 65歳になる足立区の方。60～64歳で内部疾患のある方。一度もこのワクチンを接種していない方。                                                                                               | 有   |           | 6,600 円  | 8,800 円  |
| 15価肺炎球菌ワクチン<br>(バクテリックス：15価)                   | 成人接種の場合、公費はありません。                                                                                                                             | 無   |           | 11,000 円 | 13,000 円 |
| 破傷風トキソイド                                       | 任意                                                                                                                                            | 無   |           | 2,200 円  | 4,400 円  |
| A型肝炎                                           | 任意 ※取り寄せのためキャンセル不可                                                                                                                            | 無   |           | 8,250 円  | 10,450 円 |

※インフルエンザ不活化ワクチンは東京23区相互乗り入れとなります（お住まいの区によって助成額が異なります）

|                           |                                                           |          |  |          |          |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------|----------|--|----------|----------|
| インフルエンザ<br>* 不活化ワクチン（注射）  | ・ 足立区在住の満65歳以上：全額公費<br>・ 65歳未満<br>・ 6ヵ月～高校3年生相当は3,000円の助成 | 有<br>一部有 |  | 3,500 円  | 5,500 円  |
|                           | ・ 13歳未満の2回目<br>・ 6ヵ月～12歳は3,000円の助成                        | 一部有      |  | 2,000 円  | 4,000 円  |
| 経鼻インフルエンザ<br>* 生ワクチン（点鼻）  | ・ 2歳～高校3年生相当は6,000円の助成                                    | 一部有      |  | 8,500 円  | 10,500 円 |
| 新型コロナウイルスワクチン<br>(満65歳以上) | ・ 足立区在住の満65歳以上：全額公費                                       | 有        |  | 0 円      | 0 円      |
| 新型コロナウイルスワクチン<br>(65歳未満)  | ・ 任意                                                      | 無        |  | 15,100 円 | 17,100 円 |