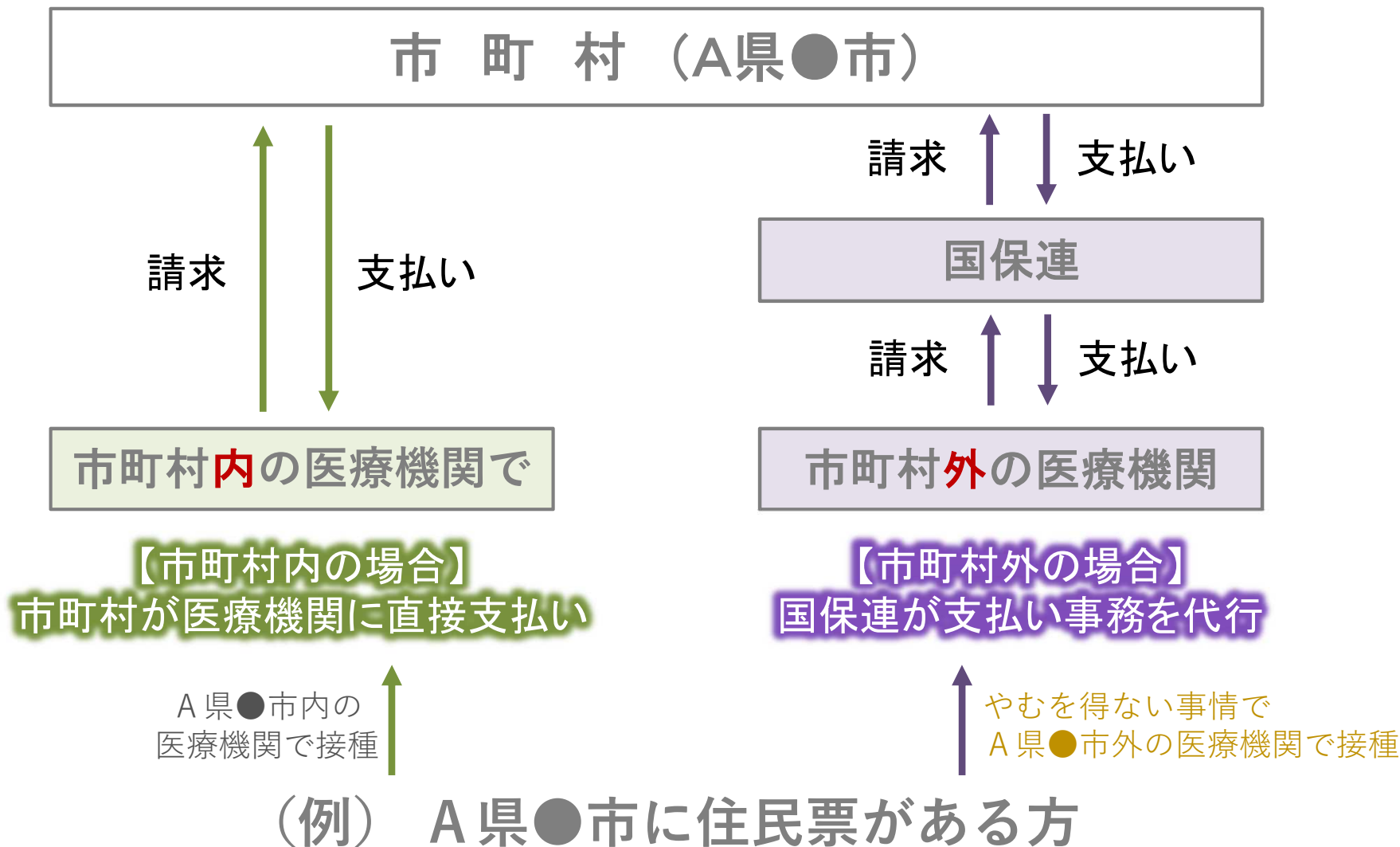


新型コロナウイルスワクチン接種の費用の請求・支払の概要

- 住民が住所地内の医療機関で接種を受けた場合、医療機関は市町村に直接費用を請求・支払する。
- 住民が住所地外の医療機関で接種を受けた場合、市町村の支払い事務を国保連が代行する。
- 市町村外の医療機関に対する支払いがなくなり、事務負担の軽減につながる。



V-SYS上の入力画面イメージ



ワクチン希望量等の報告・接種実績等の報告

分配量の確認

1 配送予定日

国保連提出用請求総括書
・市区町村別請求書の作成



対象医療機関・接種会場
千代田区A病院

対象月
2021年4月 2

クーポンあり	予診のみ		接種		合計
	6歳未満(回)	6歳以上(回)	6歳未満(回)	6歳以上(回)	
総数	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回
医療機関と同一市内にお住まいの方	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回
それ以外の方	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回
追加	--なし--	--なし--	0 回	0 回	0 回

クーポンなし	予診のみ		接種		合計
	6歳未満(回)	6歳以上(回)	6歳未満(回)	6歳以上(回)	
総数	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回
医療機関と同一市内にお住まいの方	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回
それ以外の方	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回
追加	--なし--	--なし--	0 回	0 回	0 回

保存 4

- 請求総括書出力 (同一市内にお住まいの方分を含む)
 - 請求総括書出力 (同一市内にお住まいの方分を含まない)
 - 市区町村別請求書出力 (クーポンあり分)
 - 市区町村別請求書出力 (クーポンなし分)
- 5

具体的なイメージ

請求総括書 (v-SYSで出力)

県国民健康保険団体連合会 御中

医療機関等の所在地: 県 市1-1
 代表者氏名: 代表 太郎
 電話番号: 0000-0000-0000

コロナワクチン接種費等 請求総括書

施設等区分: 2
 医療機関等番号 (10桁): 999999999999
 医療機関等名称: テスト

2021年04月請求分

区分	種類	請求件数	請求金額 (税込み)	決定件数	決定金額 (税込み)
予診のみ	6歳未満	0	0		
	6歳以上	0	0		
	小計	0	0		
接種	6歳未満	0	0		
	6歳以上	155	352,935		
	小計	155	352,935		
合計		155件	352,935円		

↑太枠内に記載すること

《単価 (税抜き)》

予診のみ	6歳未満	2,200円
	6歳以上	1,540円
接種	6歳未満	2,730円
	6歳以上	2,070円

住所市内 接種分含む	対象
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

※医療機関等の所在地と患者先
 異なる場合はチェック

市町村別請求書 (v-SYSで出力)

県 市長 様

市区町村番号

医療機関等の所在地: 市1-1
 代表者氏名: 代表 太郎
 電話番号: 0000-0000-0000

コロナワクチン接種費等 市区町村別請求書

被接種者区分: ①クーポン券なし / ②クーポン券あり
 医療機関等番号 (10桁): 999999999999
 医療機関等名称: テスト

2021年04月請求分

区分	種類	請求件数	請求金額 (税込み)	決定件数	決定金額 (税込み)
予診のみ	6歳未満	0	0		
	6歳以上	0	0		
	小計	0	0		
接種	6歳未満	0	0		
	6歳以上	50	113,850		
	小計	50	113,850		
合計		50件	113,850円		

↑太枠内に記載すること

《単価 (税抜き)》

予診のみ	6歳未満	2,200円
	6歳以上	1,540円
接種	6歳未満	2,730円
	6歳以上	2,070円

住所市内 接種分	対象
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

※医療機関等の所在地と患者先が
 同じ市区町村の場合はチェック

予診票

新型コロナワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※左欄に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください (クーポン貼付)

住所	市区町村	郵便番号	電話番号	氏名	性別	年齢	誕生日	診察前の体温	脈	分			
〒	市	区	町	村	番	号	名	姓	年	月	日	度	分

質問事項

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市区町村と、クーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 (65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()		
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー=症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

医師署名又は記名押印

医師記入欄
 本人に対して、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。
 被接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)

新型コロナワクチン接種希望書

医師の説明・説明を受け、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。(接種を希望します・ 接種を希望しません)

この予診票は、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、本予診票が市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 接種者又は
 年 月 日 保護者自筆

ワクチン名・ロット番号 接種量 実施場所 市区名・接種年月日

医師記入欄

接種量

実施場所

市区名

接種年月日

医師記入欄

接種年月日 医師記入欄 4月1日~4月10日

2022年 月 日

新型コロナワクチン接種にかかる費用請求の方法について

実績入力

請求書（PDF）の出力

請求書の提出

< 予診票の分別 >

- Step 1 接種券貼付or印字済で分別
- Step 2 同一市内or市外で分別
更に、市外を市区町村で分別
- Step 3 予診のみor接種で区別
- Step 4 6歳以上or未満で区別

< V-SYSへの入力 >

- Step 1 V-SYSにログイン
- Step 2 請求総括書の作成をクリック
- Step 3 請求件数を入力⇒保存

- ・ 請求件数は月末までの実績を入力し、翌月1日～10日までに国保連or市町村に請求ください。
- ・ いわゆる月遅れ請求の場合は請求件数に含めて入力ください。
- ・ 接種実績の報告件数以上、費用請求の件数は入力できません。接種実績の更新をお忘れなくお願いします。

< 事前確認 > **重要!!**

医療機関所在地と同一市町村内の予診票の取扱いを確認。

- ① 通常地域：国保連には市外の方の予診票のみ送付
(同一市町村分は、直接市町村に送る)
- ② 同一市町村内の請求も国保連で受け付ける地域：国保連に送る
(市町村からその旨の案内があった場合、国保連に市外の方と市内の方の予診票を送付)

< 請求総括書の出力 >

- ① の場合は、請求総括書出力 (同一市内にお住まいの方分を含まない) をクリック ⇒ 印刷
- ② の場合は、請求総括書出力 (同一市内にお住まいの方を含む) をクリック ⇒ 印刷

< 市町村別請求書の出力 >

- Step 1 市区町村別請求書出力
(クーポンあり分※1) をクリック ⇒ 印刷 ※1 接種券貼付：住民用、詳細は後述
- Step 2 市区町村別請求書出力
(クーポンなし分※2) をクリック ⇒ 印刷 ※2 接種券印字済み：医療従事者等用、定義は後述

< 提出資料のセット >

詳細は「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する医療機関向け手引き」第5章請求事務をご確認ください。

① の場合

Step 1

市町村別請求書と当該市町村の方の予診票をセット
(同一市町村内の方の請求書はセットしない)

Step 2

一番上に請求総括書をセット

② の場合

Step 1

市町村別請求書と当該市町村の方の予診票をセット
(同一市町村内の方の請求書もセットする)

Step 2

一番上に請求総括書をセット

< 請求書の提出 >

毎月10日までに国保連に提出

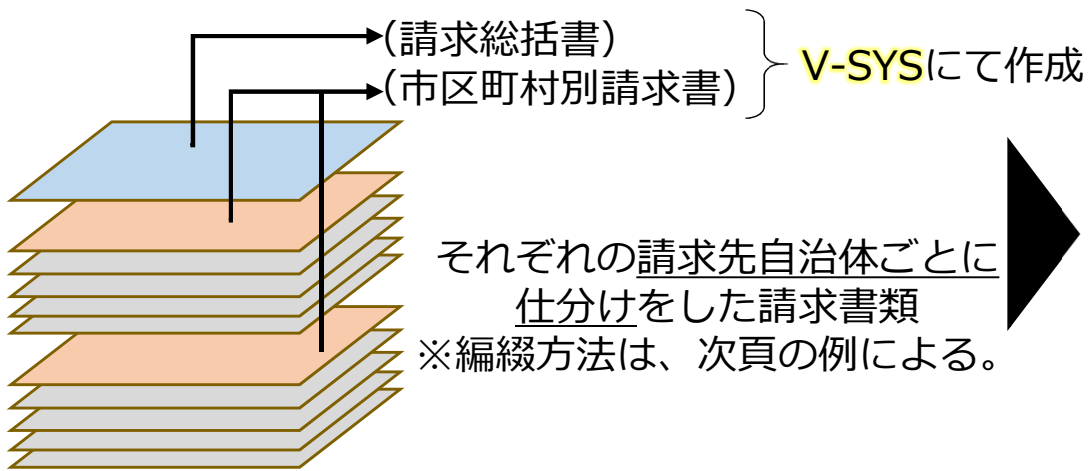
医療機関の請求方法

医療機関は、接種を受けた方の住所地別に、以下のとおり接種費用を請求する。

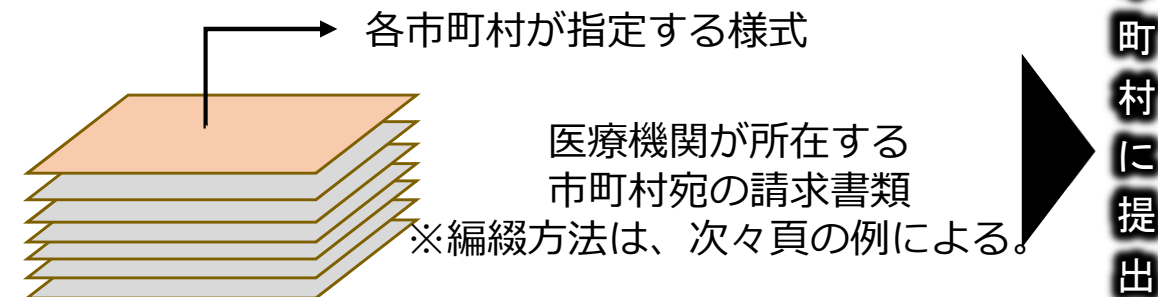
- ①通常地域：医療機関が所在する市町村以外の請求は国保連に対して、医療機関と同一市町村の請求は直接市町村へ、請求書・予診票を提出
- ②同一市町村内の請求も国保連で受け付ける地域：国保連に対して、全ての市町村分の請求書・予診票を提出

①通常地域

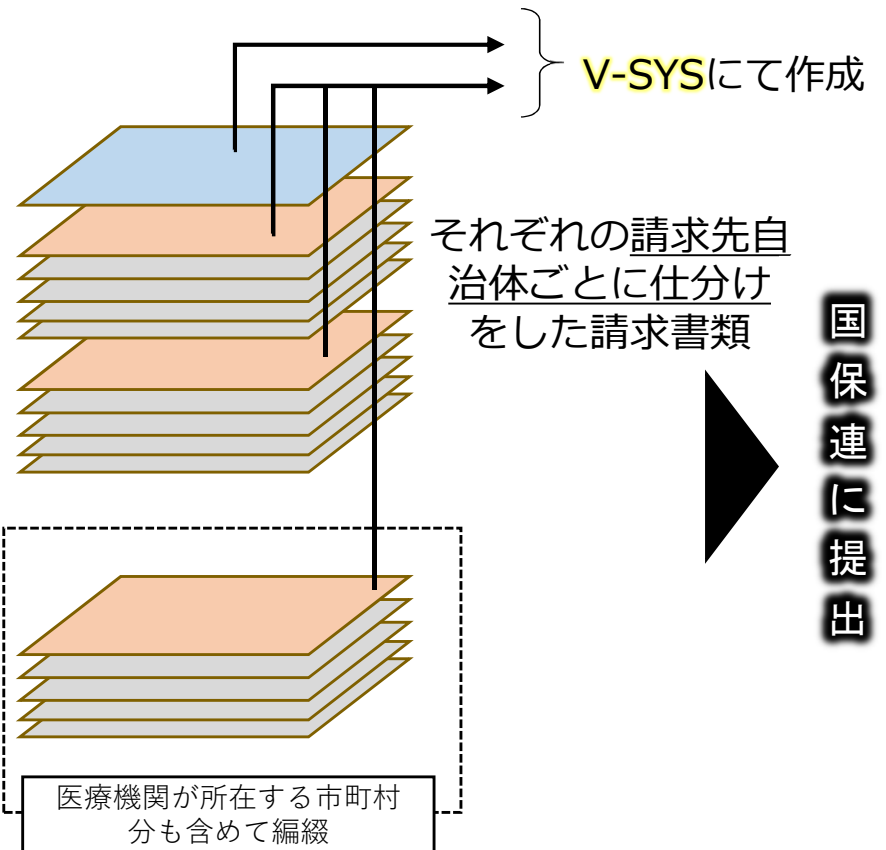
医療機関が所在する市町村以外の請求



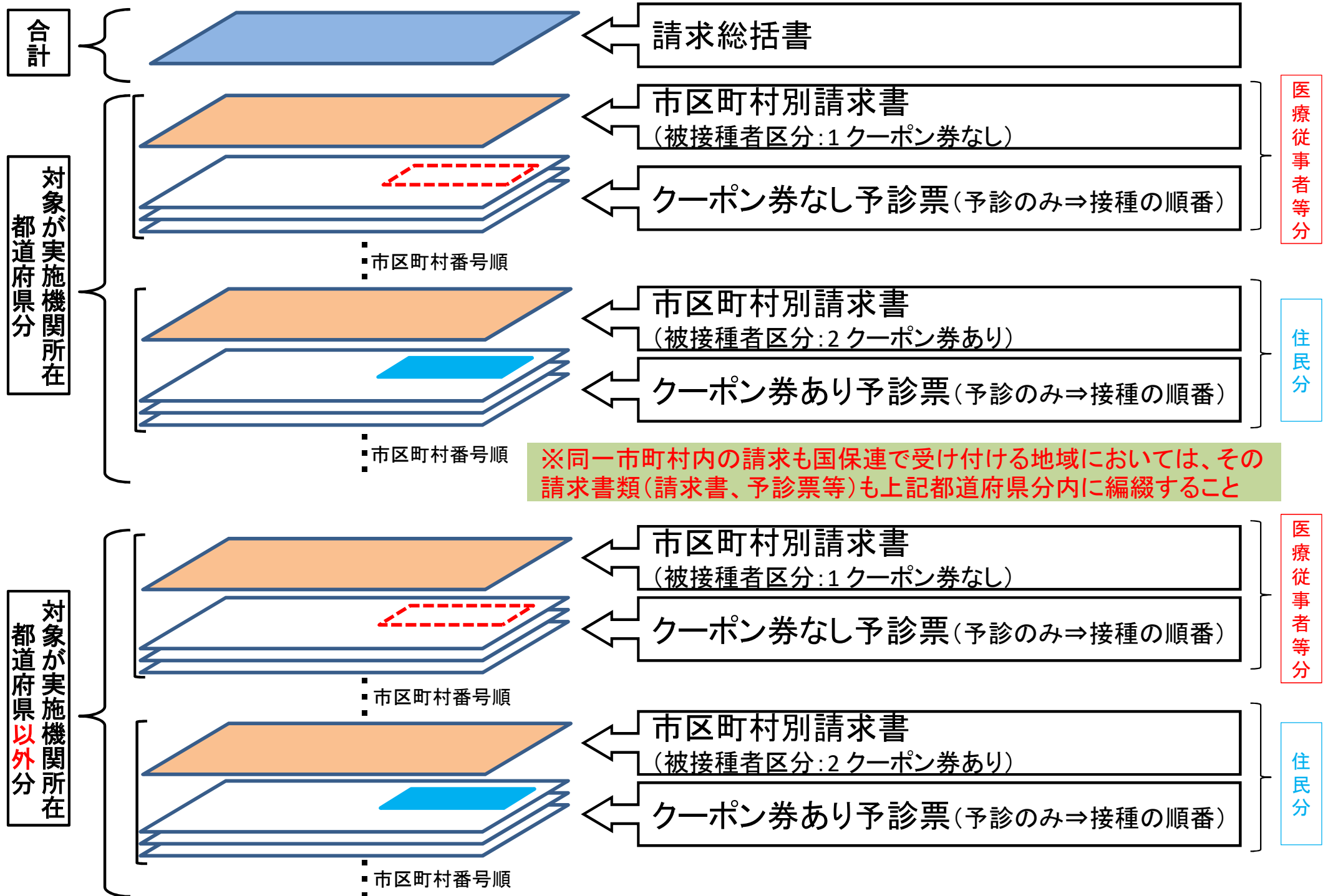
医療機関が所在する市町村の請求



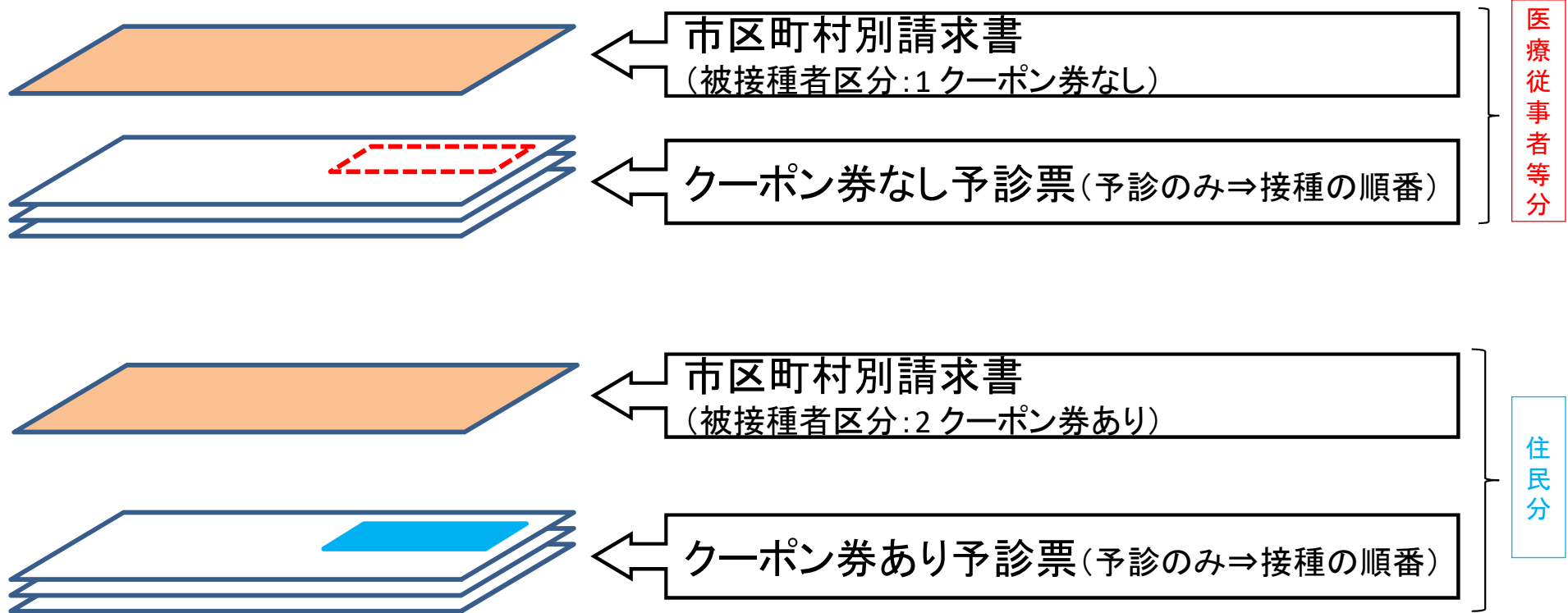
②同一市町村内の請求も国保連で受け付ける地域



実施機関における国保連への請求時の編綴方法



実施機関における市町村への請求時の編綴方法の例



予診票のイメージ

クーポンありとは、市町村が発行した接種券(クーポン)を予診票の右上に貼付したもので、住民接種用に使用されるもの

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェックを入れてください。

住民票に記載されている住所	都道府県	市区町村
フリガナ	氏名	電話番号
生年月日(西暦)	性別	診察前の体温

※左側に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

(クーポン貼付)

接種券を貼り付ける

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。(接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。病名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。薬・食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。種類() 受けた日()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(可能 見合わせる)
本人に対して、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。
 接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)

医師署名又は記名押印

新型コロナウイルスワクチン接種希望書

医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。(接種を希望します 接種を希望しません)

この予診票は、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、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者又は保護者自署

※白濁できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との関係を記載(※被接種者が18歳未満の場合は保護者自署、成年被接種者の場合は本人又は成年後見人自署)

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
シール貼付位置	ml	医療機関等コード
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください		接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
(注)有効期限が切れていないか確認		2022年 月 日

クーポンなしとは、V-SYSにて発行した接種券情報が印刷された予診票で、医療従事者等の接種に使用されるもの

(医) 新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 (1回目)

※太枠内にご記入またはチェックを入れてください。

住所	東京	道	港	市(区)
請求先	東京都港区	131032		
券番号	氏名		厚労 花子	
フリガナ	コウロウ ハナコ	電話	(03) 0000 - 0000	
氏名	厚労 花子	電話	0000 - 0000	
生年月日(西暦)	1970年01月30日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	

券種	2	ワクチン接種	1	回目
請求先	東京都港区	131032		
券番号	氏名			
氏名	厚労 花子			
所属機関				
〇〇クリニック(〇〇市医師会)				

接種券情報印字済み

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。(接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。病名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。薬・食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。種類() 受けた日()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(可能 見合わせる)
本人に対して、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。

医師署名又は記名押印

新型コロナウイルスワクチン接種希望書

医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。(接種を希望します 接種を希望しません)

この予診票は、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、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者又は保護者自署

※白濁できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との関係を記載(※被接種者が18歳未満の場合は保護者自署、成年被接種者の場合は本人又は成年後見人自署)

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
シール貼付位置	ml	医療機関等コード
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください		接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
(注)有効期限が切れていないか確認		2022年 月 日