

# 職域接種にかかる費用請求 に関する説明会

令和3年7月28日14時30分～15時

## 職域接種に係る支援策について

- 新型コロナワクチンの接種に係る費用は、全国统一の単価とし、接種1回目、接種2回目とも共通の2,070円（税込2,277円）とする。接種を実施できなかった場合の予診費用は1,540円（税込1,694円）である。・・・①
- 令和3年4月1日から当面の間、時間外に接種を行った場合については、いずれも730円（税込803円）を加算し、休日に接種を行った場合については、いずれも2,130円（税込2,343円）を加算することとしている。・・・②（詳細はp.27～p.29参照）
- 上記とは別に中小企業・大企業等向けの支援策を講ずる予定・・・③（詳細はp.30・p.31参照）

### 接種費用(ワクチン接種対策費負担金) (①・②)

予算額: **4,319億円**(令和2年度三次補正)

<概要>

① **単価:2,070円/回**

**今回ご説明する費用請求**

② 時間外・休日の接種に対する加算 当面継続  
(時間外: +730円、休日: +2,130円)



### 職域接種に対する新たな支援策(新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金) (③)

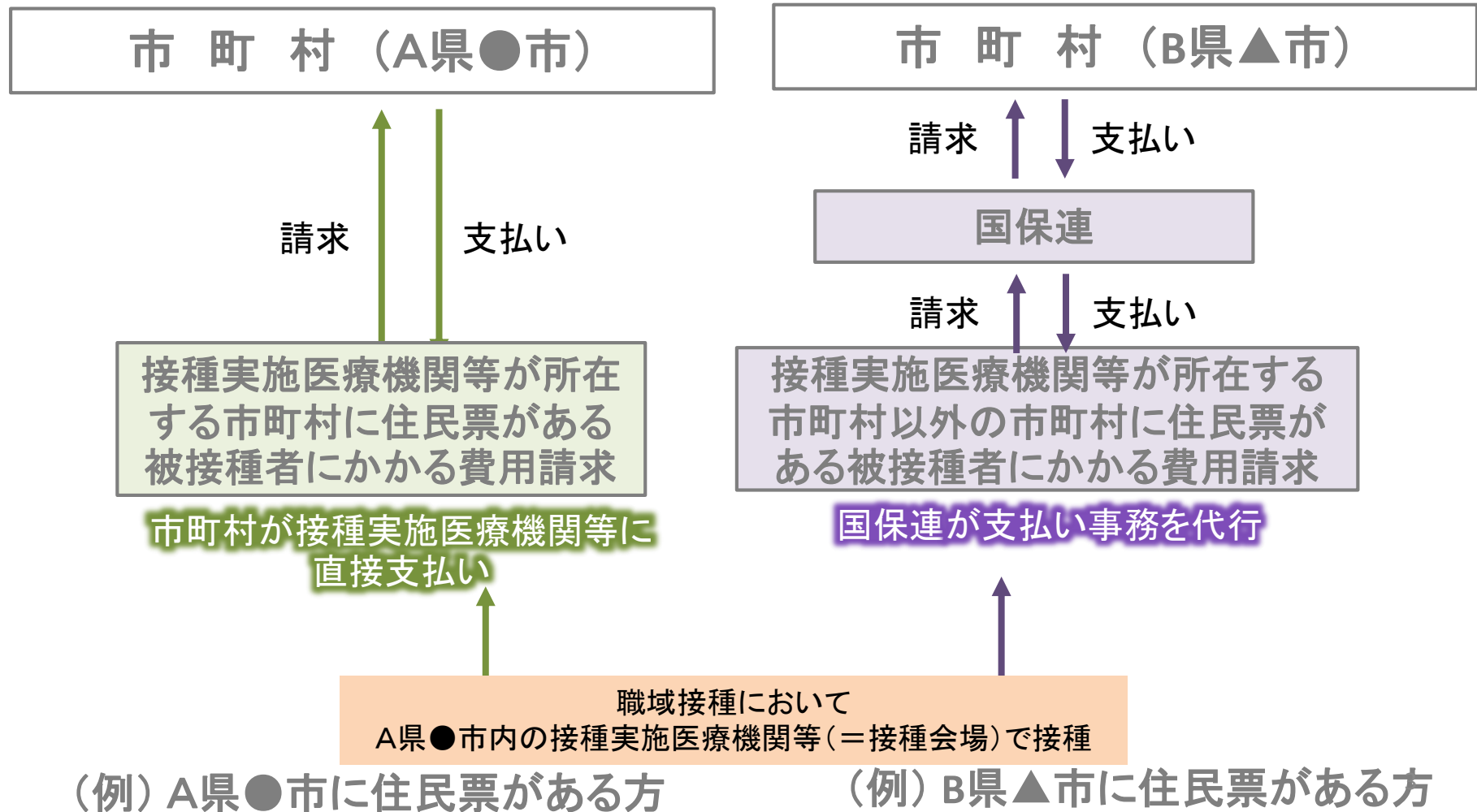
<概要>

外部の医療機関が出張して実施する職域接種であって、以下の条件に該当するものに対し、都道府県が設置する大規模接種会場に対する支援と同等の支援を実施。(1,000円×接種回数を上限に実費補助)

- ・ 中小企業が商工会議所、総合型健保組合、業界団体等複数の企業で構成される団体を事務局として共同実施するもの
- ・ 大学、短期大学、高等専門学校、専門学校の職域接種で所属の学生も対象とし、文部科学省が定める地域貢献の基準を満たすもの

# 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（職域接種）

- 新型コロナウイルスワクチンの接種に係る費用については、接種実施医療機関等が所在する市町村に住民票がある被接種者にかかる費用請求については、接種実施医療機関等が、接種実施医療機関等の所在する市町村に対し、原則、直接当該市町村へ請求する。
- 一方、接種実施医療機関等が所在する市町村以外の市町村に住民票がある被接種者にかかる費用請求については、集合契約により、支払い代行機関である各都道府県の国保連を通じて請求を行う。



# 新型コロナウイルスワクチン接種の費用の請求先について

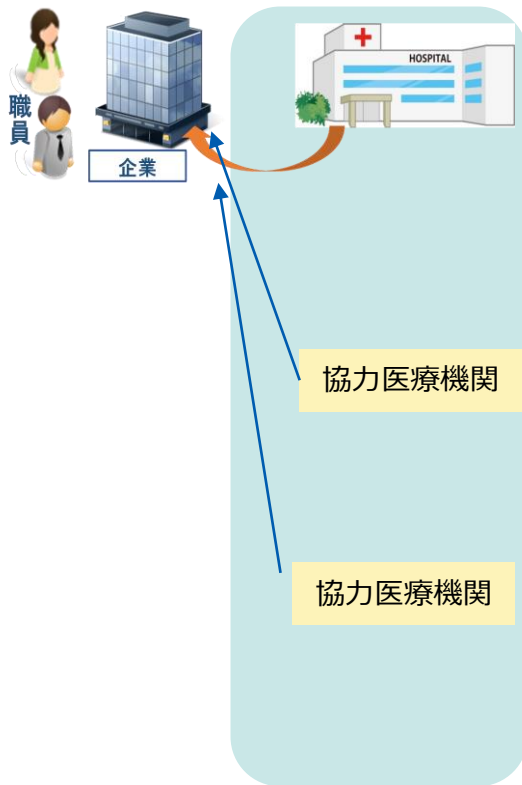


	パターン1	パターン2	パターン3
市町村からワクチン接種の委託を受けている者	企業内診療所(=企業)	外部医療機関	外部医療機関
費用請求の実施主体	企業内診療所(=企業)	外部医療機関	外部医療機関
市町村に直接請求を行う場合	<u>企業内診療所(=接種会場)</u> が所在する市町村に住民票がある被接種者の費用請求	<u>接種会場が所在する市町村</u> に住民票がある被接種者の費用請求	<u>外部医療機関(=接種会場)</u> が所在する市町村に住民票がある被接種者にかかる費用請求
国保連を通じて請求を行う場合	それ以外の方の費用請求	それ以外の方の費用請求	それ以外の方の費用請求

# (応用編) パターン2において複数医療機関が連携してワクチン接種を実施する場合の整理について

## パターン2

**外部機関が出張して実施  
複数の医療機関が連携して  
ワクチン接種を実施する場合**



## パターン2

市町村からワクチン接種の委託を受けている医療機関

職域接種申請時に登録した医療機関

費用請求の実施主体

職域接種申請時に登録した医療機関

費用請求に使用するコード

職域接種開始時に新規付番された10桁番号(類似コード)  
(特徴: 左から4~6番目の数が9 例: 123**999**4567)

市町村に直接請求を行う場合

接種会場が所在する市町村に住民票がある被接種者の費用請求

国保連を通じて請求を行う場合

上記以外の方の費用請求

協力医療機関による費用請求

**不可**

費用請求は職域接種申請時に登録した医療機関が一元的に行う。なお、協力医療機関は、所属する医師等を当該医療機関に在籍出向させる等の取扱いが考えられるが、その場合の精算については、当該医療機関から協力医療機関に対して、諸経費を支払う。その際、企業等は、必要に応じて、費用請求及び経費の支払い等に関して、当該医療機関と協力医療機関との調整を行う。

(参考) 実施途中で市町村からワクチン接種の委託を受ける医療機関の変更

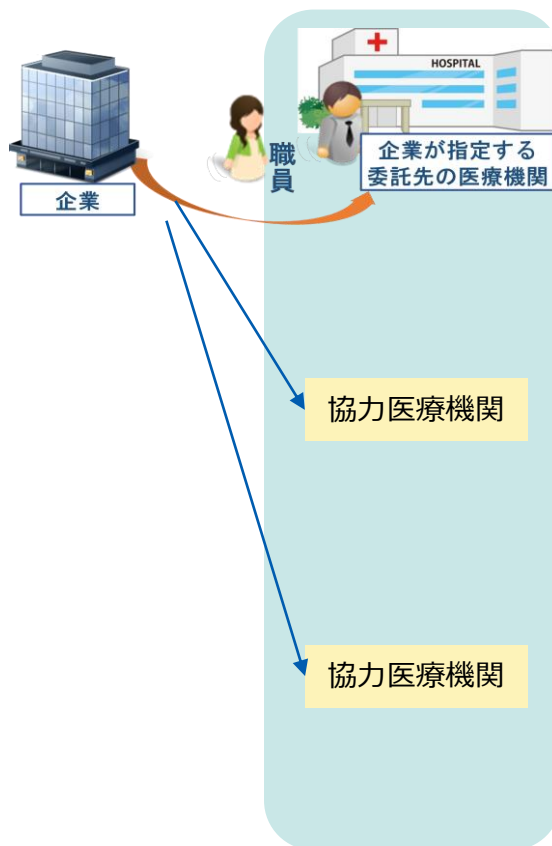
**不可**

医療機関との契約期間が終了するといったやむを得ない場合に限っては、協力医療機関と連携して接種を実施することは可能。協力医療機関による費用請求の取扱いは上欄のとおり。

# (応用編) パターン3 において複数医療機関に協力を求めワクチン接種を実施する場合の整理について

## パターン3

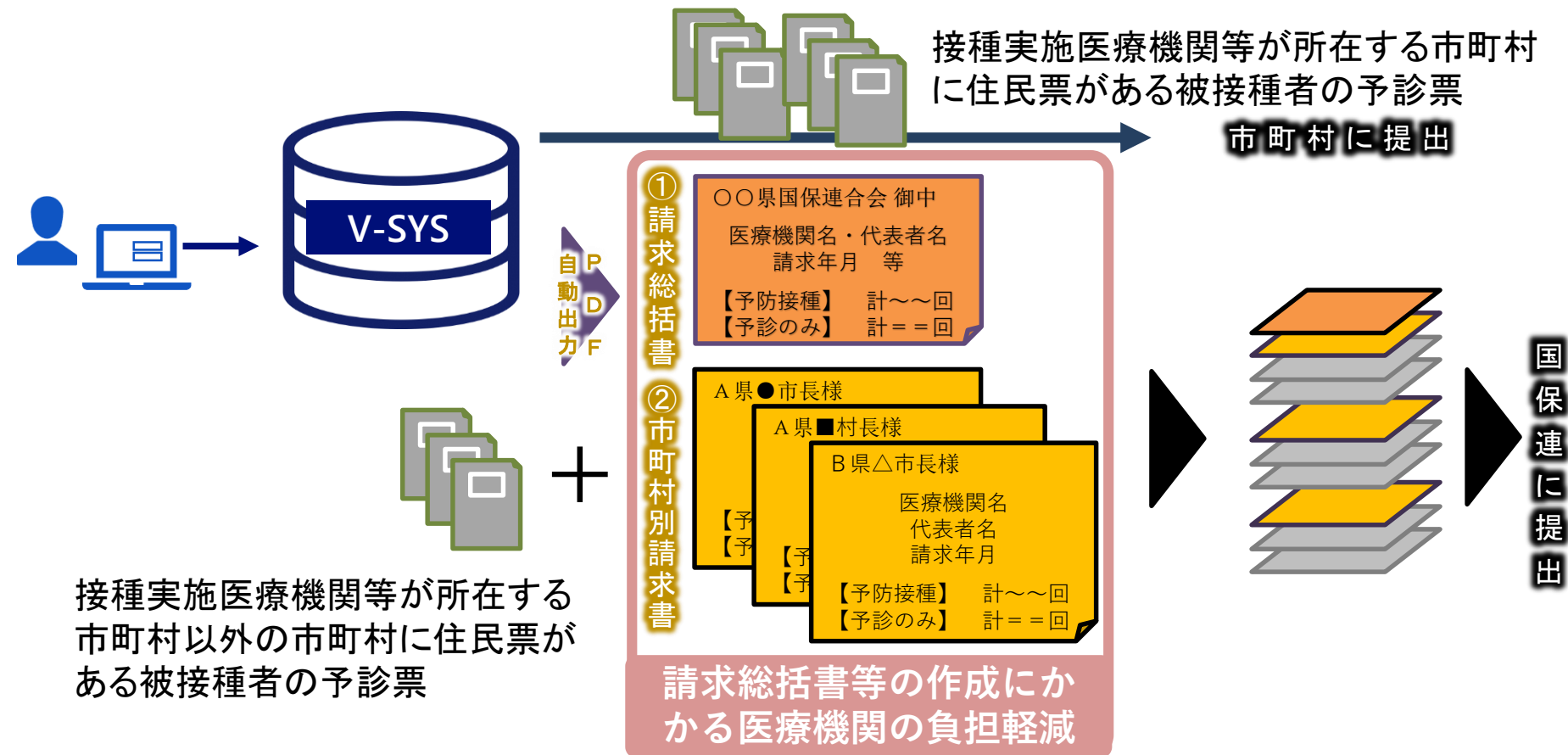
**外部機関に出向いて実施  
複数の医療機関に協力を求め  
ワクチン接種を実施する場合**



	パターン3
市町村からワクチン接種の委託を受けている医療機関	職域接種申請時に登録した医療機関
費用請求の実施主体	職域接種申請時に登録した医療機関
費用請求に使用するコード	職域接種開始時に新規付番された10桁番号(類似コード) (特徴: 左から4~6番目の数が9 例: 123 <b>999</b> 4567)
市町村に直接請求を行う場合	接種会場が所在する市町村に住民票がある被接種者の費用請求
国保連を通じて請求を行う場合	上記以外の方の費用請求
協力医療機関による費用請求	<b>不可</b> 費用請求は職域接種申請時に登録した医療機関が一元的に行う。なお、協力医療機関は、所属する医師等を当該医療機関に在籍出向させる等の取扱いが考えられるが、その場合の精算については、当該医療機関から協力医療機関に対して諸経費を支払う。その際、企業等は、必要に応じて費用請求及び経費の支払い等に関して、当該医療機関と協力医療機関との調整を行う。
(参考) 実施途中で市町村からワクチン接種の委託を受ける医療機関の変更	<b>不可</b> 医療機関との契約期間が終了するといったやむを得ない場合に限っては、協力医療機関に協力を求めワクチン接種を実施することは可能。協力医療機関による費用請求の取扱いは上欄のとおり。

# V-SYSによる費用請求用の総括書の出力機能について

- V-SYSに必要な情報を登録することで、国保連に費用請求を行う際に必要となる請求総括書等の出力が可能。
- これにより、請求総括書等の作成にかかる医療機関の負担軽減を図る。





# V-SYSから出力される請求総括書・市区町村別請求書のイメージ

## 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:  県横浜市1-1-1  
 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):  9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9  
 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請求区分  
 含む項目はチェック

## 市区町村別請求書 (v-sysで出力)

〇〇〇市区町村長 様  
 市区町村番号

医療機関等の所在地  
 代表者氏名  
 電話番号

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 ケーボン券なし  ケーボン券あり  
 医療機関等番号 (10桁):   
 医療機関等名称: 〇〇クリニック

20 年 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				
	6歳以上				
	小計				
接種	6歳未満				
	6歳以上				
	小計				
合計					

↑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

※医療機関等の所在地と請求区分  
 同じ市区町村の場合はチェック

## (参考) 予診票

新型コロナワクチン接種の予診票

※太枠内に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)

氏名	性別	年齢	生年月日	生	日	月	年	診察科	体温	度	分
氏名	性別	年齢	生	日	月	年	生	診	体	度	分

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  はい  いいえ

現時点で住民票のある市区町村と、クーポンに記載されている市区町村は同じですか。  はい  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。  はい  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。  
 医療従事者等  65歳以上  60~64歳  高齢者施設等の従事者  はい  いいえ  
 基礎疾患を有する(病名: )

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:  心臓病  腎臓病  肝臓病  血液疾患  血が止まりにくい病気  免疫不全  
 その他( )  はい  いいえ

治療内容:  薬を服用する( )  その他( )  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

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( )  はい  いいえ

今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状( )  はい  いいえ

けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。  はい  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。  はい  いいえ  
 ※「食品など原因になったもの( ) 症状( )」

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。  はい  いいえ  
 種類( ) 症状( )

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。  はい  いいえ

2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類( ) 受け日( )  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、今日の接種は(  可能  具合合わせ ) 医師署名又は記名押印

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けてください)

新型コロナ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。

接種者又は保護者自覚  
 (必ず記入してください) 年 月 日  
 (※接種者又は保護者の署名・捺印は、接種者本人の捺印又は保護者本人の捺印を要します。)

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

医師記入欄

クーポン貼付欄

※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください  
 (※1枚複数枚が貼付できない) 医師印

接種年月日 ④記入欄 4月1日~4月30日  
 2022 年 月 日



# (参考) 予診票の接種券貼付イメージ

## 接種希望者が持参する接種券等のイメージ

接種券		診察したが接種できない場合		新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時) Certificate of Vaccination for COVID-19	
券種	2 ワクチン接種 1 回目	券種	1 予防のみ 1 回目	1回目	
接種券	〇〇県〇〇市 123456	接種券	〇〇県〇〇市 123456	接種年月日	接種場所
券番号	1234567890	券番号	1234567890	月	日
氏名	厚生 太郎	氏名	厚生 太郎	接種内容	接種内容
				接種年月日	接種場所
QRコード	(貼付)	QRコード	(貼付)	接種内容	(シール貼付)
券種	2 ワクチン接種 2 回目	券種	1 予防のみ 2 回目	2回目	
接種券	〇〇県〇〇市 123456	接種券	〇〇県〇〇市 123456	接種年月日	接種場所
券番号	1234567890	券番号	1234567890	月	日
氏名	厚生 太郎	氏名	厚生 太郎	接種内容	接種内容
				接種年月日	接種場所
QRコード	(貼付)	QRコード	(貼付)	接種内容	(シール貼付)

**接種を受ける方へ**  
 ●シールは剥がさず、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。



BNT162 X0000000X  
 ThT EXP: YYYY.MM.DD

③ 予診票に貼付

メーカーが提供するシールのイメージ

## 予診票

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※実施内容にご記入またはチェック記号を入れてください。

券種	2	ワクチン接種	1	回目
接種券	〇〇県〇〇市	123456		
券番号	1234567890			
氏名	厚生 太郎			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
生年月日	年	月	日	生
接種内容	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目			

① 接種券を貼付

② 接種済証に貼付

④ 予診票のコピー又は控えを医療機関において保管

- 請求には、接種券を貼付した**予診票の原本**を用います。
- 接種時点で接種券を有していない被接種者に接種を行った場合は、当該被接種者が接種券を持参するまでの間、予診票を保管するとともに、後日、**回収した接種券**を貼付した上で請求を行います。
- 請求に当たっては、実績の登録が終了した接種券を貼付した予診票の原本を、請求先の市町村ごとに以下の手順で分類します。
  - ① 接種実施医療機関等が所在する市町村の住所が記載されたものとそれ以外の市町村の住所が記載されたものに分別する。さらに、それ以外の市町村分については、市町村ごとに分別する。
  - ② ①のそれぞれを予診のみと接種済みに分別し、まとめたうえで、請求先ごとに綴る。

# 新型コロナウイルスワクチン接種にかかる費用請求の方法について①

## 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 同一市内or市外で分別  
更に、市外を市区町村で分別

Step 2 予診のみor接種で区別

### < 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通常の地域：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

### < 市区町村別請求書の出力 >

市区町村別請求書出力（クーポンあり分）をクリック

⇒印刷

### < 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。

**※初回請求時には口座届出書をあわせて提出すること**

#### ①の場合

##### Step 1

市区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

市区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

# 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②

(様式5-1)

○職域接種においては、申請された全ての接種実施医療機関等に対して**職域接種用に新規に10桁の番号(類似コード)を付番する運用**をとっており、集合契約の委任状には、当該**類似コードを記載**している。

○そのため、**初回請求時**には、接種実施医療機関等々の情報を記載した**口座届出書**をあわせて**市町村及び国保連に提出**すること。

○また、**国保連からの連絡先・各種書類の送付先**が口座届出書に記載の接種実施医療機関等にかかる連絡先・所在地と**異なる**場合は、**口座届出書の備考欄**において、**送付を希望する担当部署等の住所地等を記載**すること。

新型コロナワクチン接種に係る費用の  
請求及び受領に関する届

20 年 月 日 提出

〇〇市区町村長 御中

開設者(代表者) 住所  
氏名

新型コロナワクチン接種に係る費用の請求及び受領に関する届を下記のとおり記入のうえ提出いたします。

医療機関等番号			
フリガナ		TEL	- -
医療機関等名称		FAX	- -
郵便番号	-	振込先	金融機関コード
フリガナ		支店名	支店コード
所在地		預金種目	1: 普通    2: 当座
		口座番号	
フリガナ		フリガナ	
請求者		口座名義人*	
届出理由(該当番号に○を付けて下さい。)		請求開始(変更)年月	旧医療機関等番号
1	新設	20 年 月 より	
2	請求者または口座名義人の変更		
3	振込先及び口座番号の変更		
4	その他( )		
備 考			

\*開設者(代表者)と口座名義人が異なる場合には、委任状も添付いただく必要があります。

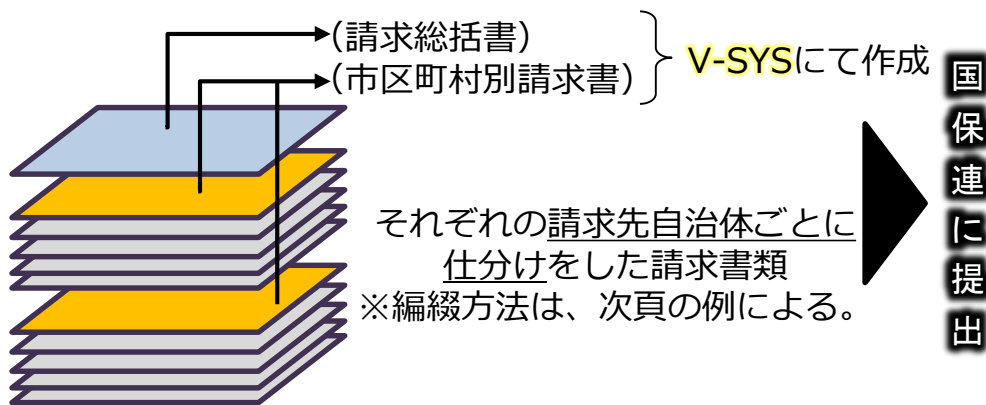
# 接種実施医療機関等の請求方法

接種実施医療機関等は、接種を受けた方の住民票所在地別に、以下のとおり接種費用を請求する。

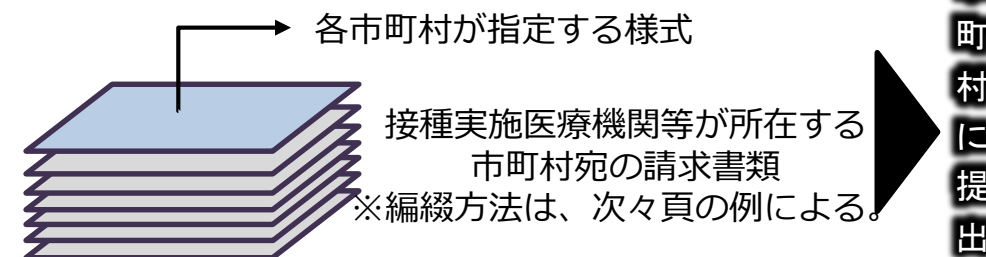
- ①通常地域：接種実施医療機関等が所在する市町村以外への請求は国保連に対して、接種実施医療機関等と同一市町村への請求は直接市町村へ、請求書・予診票を提出
- ②同一市町村内の請求も国保連で受け付ける地域：国保連に対して、全ての市町村分の請求書・予診票を提出

## ①通常地域

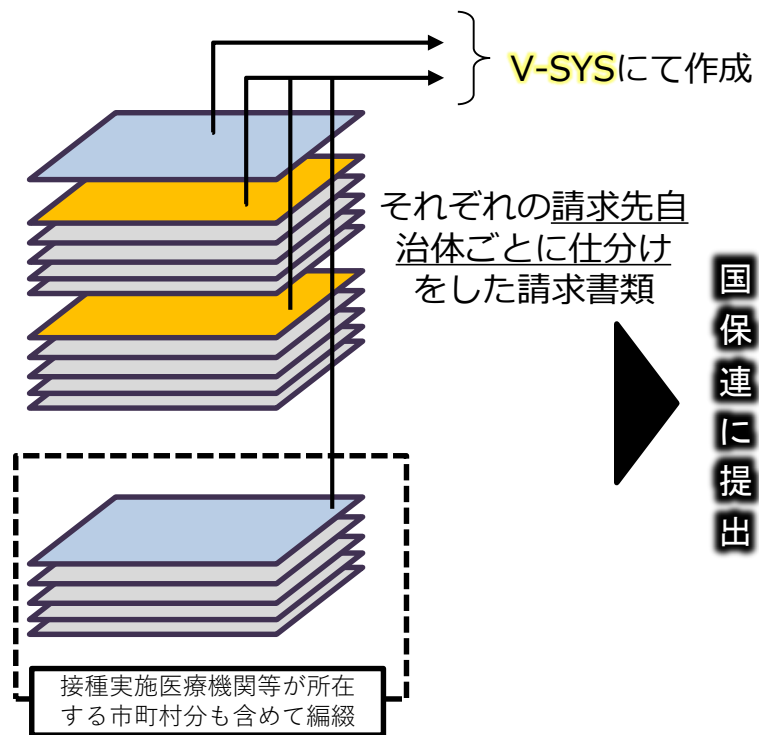
接種実施医療機関等が所在する市町村以外への請求



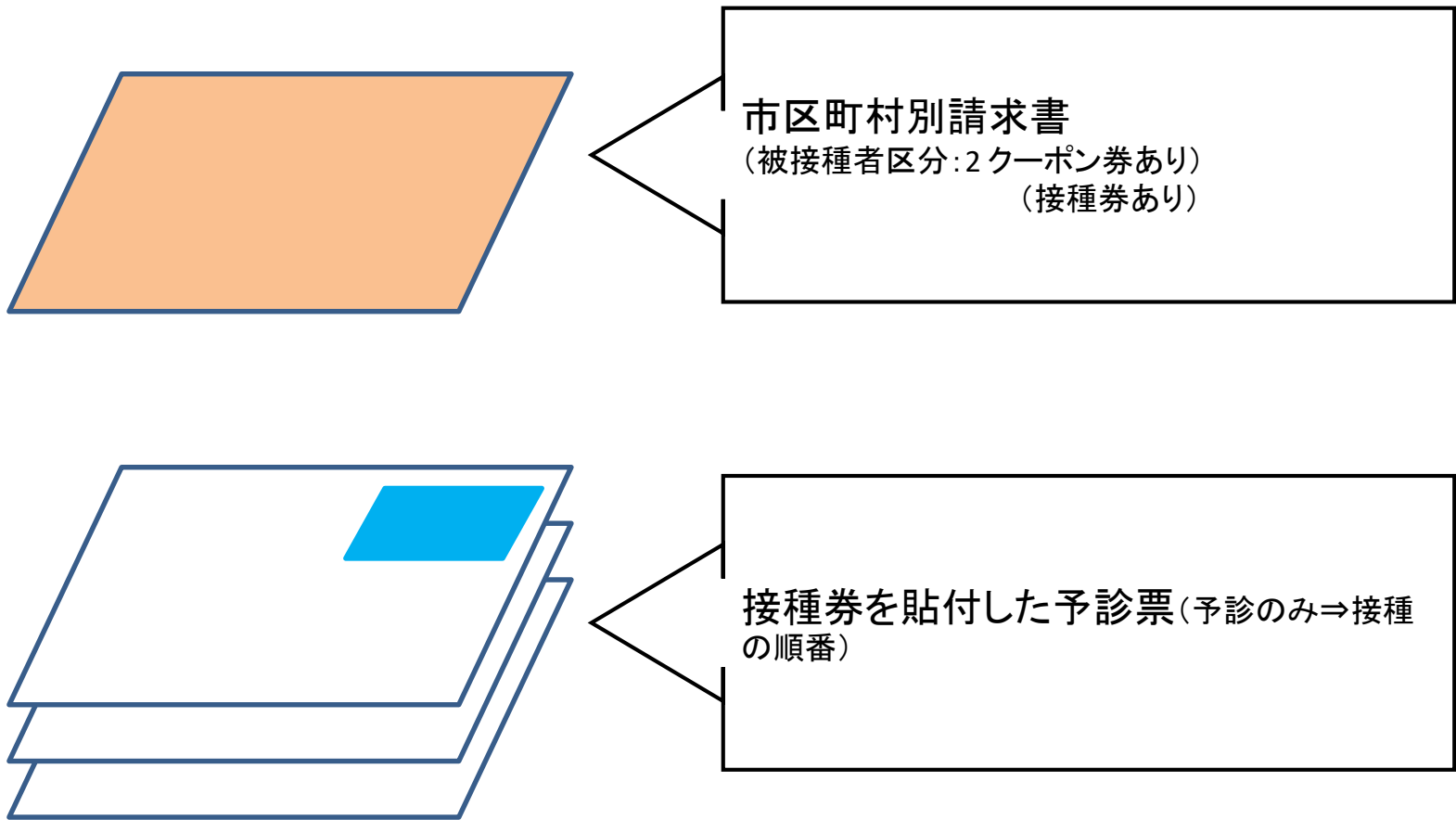
接種実施医療機関等が所在する市町村への請求



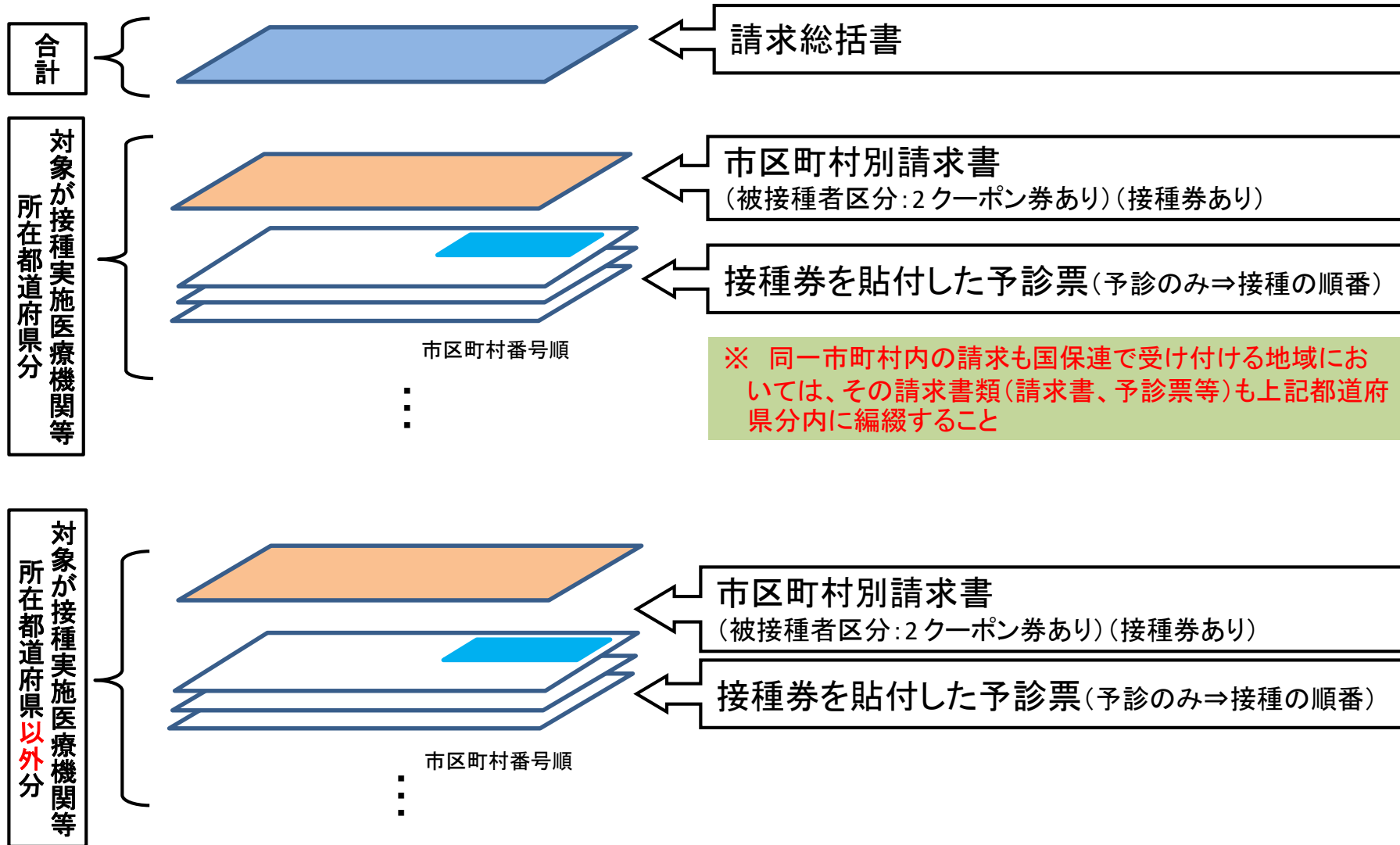
## ②同一市町村内の請求も国保連で受け付ける地域



# 接種実施医療機関等における市町村への請求時の編綴（ファイリング）方法の例



# 接種実施医療機関等における国保連への請求時の編綴（ファイリング）方法





# 予診票のイメージ

## 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。

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)	年 月 日 生(満 歳)	男・女 診察前の体温 度 分

※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	
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( <input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる )	医師署名又は記名押印
	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。 <input type="checkbox"/> 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 接種者又は保護者自署

(※白書きでない場合は接種者が署名し、代筆者氏名及び接種者との関係を記載)  
(※接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被保護者の場合は本人又は成年被保護者自署)

医師記入欄	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	※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください
	シール貼付位置		実施場所	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	ml	医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日~4月31日
	(注)有効期限が切れていないか確認			2022年 月 日

職域接種においては、保険医療機関番号を有する医療機関を含め、**全ての接種実施医療機関等について新規に10桁の番号(類似コード)を付番**することから、職域接種として実施した予診票の医療機関等コード欄には、**類似コード**を記載すること。

医師記入欄	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	※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください
	シール貼付位置		実施場所	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	ml	医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日~4月31日
	(注)有効期限が切れていないか確認			2022年 月 日

**問1 請求事務を行う際に記載が求められる番号は、保険医療機関番号ではなく新規に付番された10桁の番号(類似コード)になりますか。**

(答) 職域接種においては、既に保険医療機関番号を有している医療機関も含め、基本的に、職域接種用に付番された**類似コード**を記載していただきます。

**問2 費用の請求を企業が行うことはできますか。**

(答) 職域接種を企業内診療所が実施する場合を除き、職域接種の申請時に**ご登録いただいた医療機関が請求を行う**こととしています。

なお、一連の請求事務について、接種実施医療機関等と企業等との間で、適切に役割分担を行うことにより、企業等が、当該医療機関が行う費用請求事務を支援することは差し支えありません。

**問3 費用の振り込み口座の登録はどのように行えばよいですか。**

(答) 市町村及び国保連からの費用の支払先として、新規に付番された10桁の番号(類似コード)により、接種実施医療機関等と振込先口座を紐づけることが必要となるため、**接種実施医療機関等は、初回請求時に、口座届出書を他の必要書類と併せて市町村及び国保連に提出**していただきます。

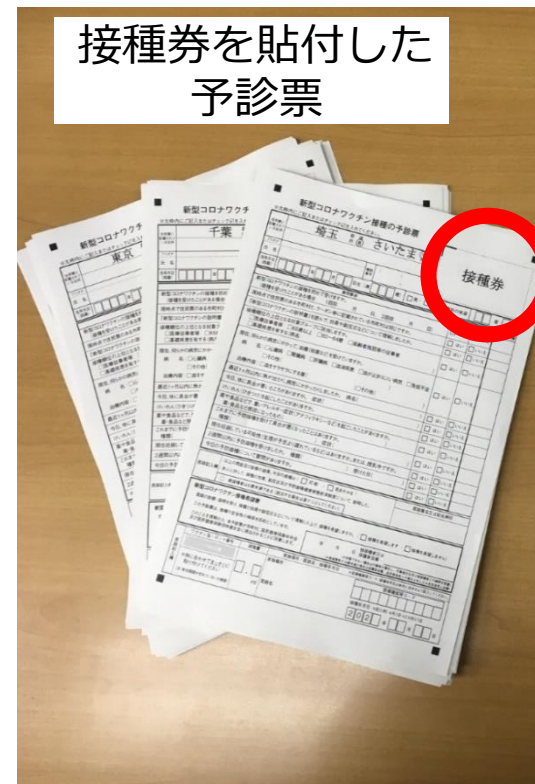
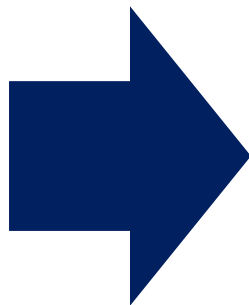
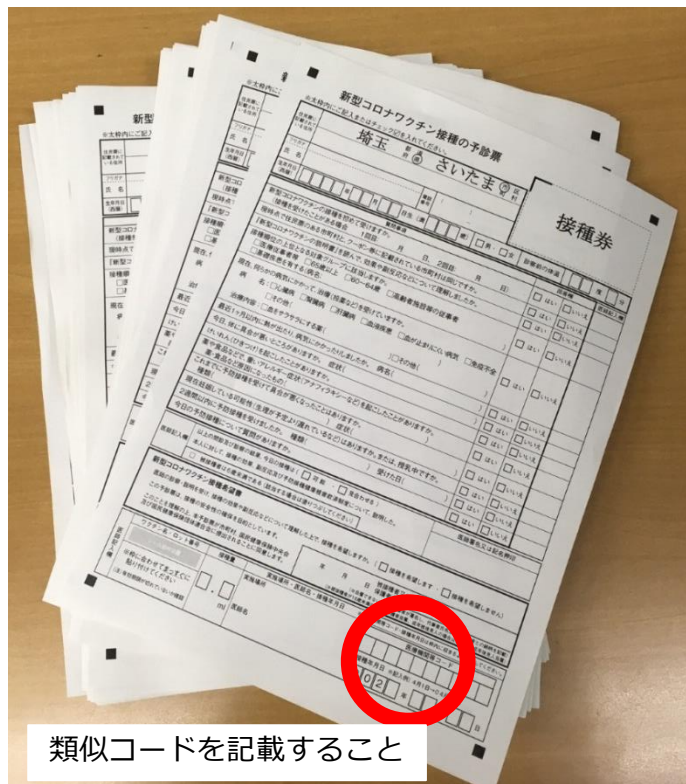
**問4 予診票の医療機関等コードの欄に、誤って従来の保険医療機関コードを書いてしまった場合、費用請求はどのように行えばよいですか。**

(答) 新規に付番された10桁の番号(類似コード)に修正して費用請求を行っていただきます。

ただし、大量の予診票に誤って保険医療機関コードを記載するなど、予診票の修正がどうしても困難な場合には、保険医療機関コードでの費用請求もやむを得ませんが、**その際には、同月にファイザー社のワクチンによる個別接種の請求もある場合には、個別接種分と職域接種分を合算して請求書を作成してください。**なお、翌月以降の請求においては、予診票には必ず**類似コード**を記載し請求してください。

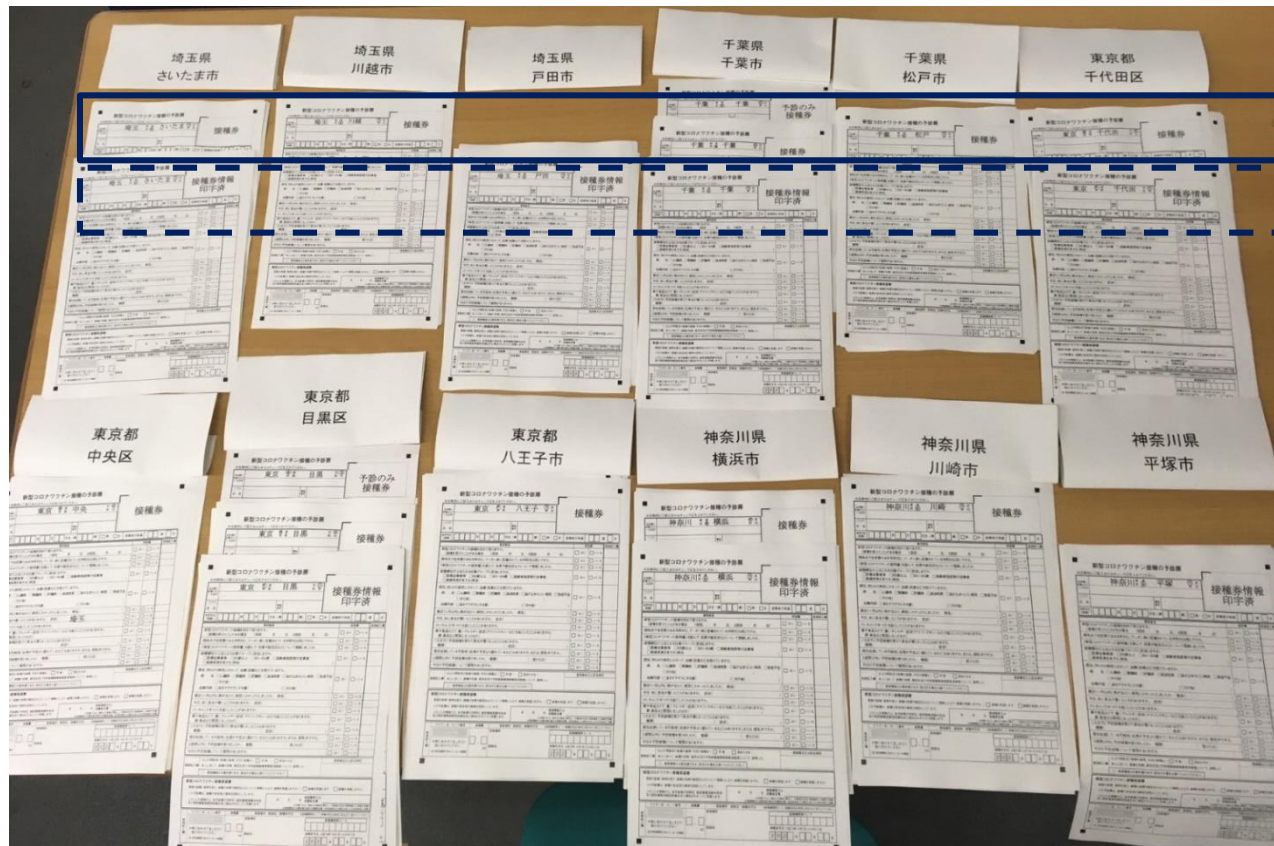
## (参考)請求時の予診票の仕分け方法①

- 接種券を回収後、予診票に貼付する。
- ※ 職域接種として実施した予診票の医療機関等コード欄には、職域接種用に新規に付番された10桁の類似コードが記載されていることに留意する。
- ※ 以降の取扱いについては、東京都目黒区の医療機関が請求する場合の仕分け方法を例にしている。



## (参考)請求時の予診票の仕分け方法②

- 接種券を貼付した予診票について、市町村ごとに仕分ける。
- さらに、予診のみと接種実施に仕分ける。



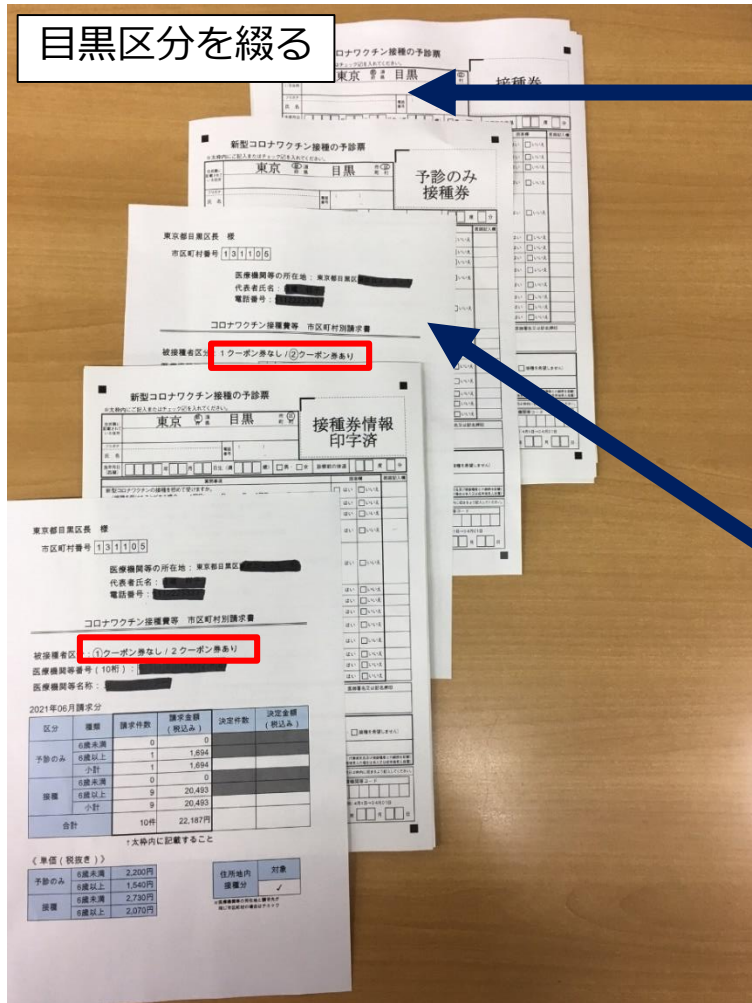
接種券を貼付した予診票  
(予診のみと接種実施に分ける)



## (参考)請求時の予診票の仕分け方法③

- 接種実施医療機関等が所在する市町村分とそれ以外の市町村分に分ける。
- 接種実施医療機関等が所在する市町村分の請求については、以下のように綴り、市町村に提出する。

目黒区分を綴る



■ 2番目に接種券を貼付した予診票（予診のみ⇒接種実施の順番）  
予診のみの場合は、右上の接種券の券種の欄に「1」が記載されており、  
接種実施の場合は、右上の接種券の券種の欄に「2」が記載されている。

- 1番目に市区町村別請求書（V-SYSで出力する）  
（被接種者区分：2クーポン券あり）  
（接種券あり）

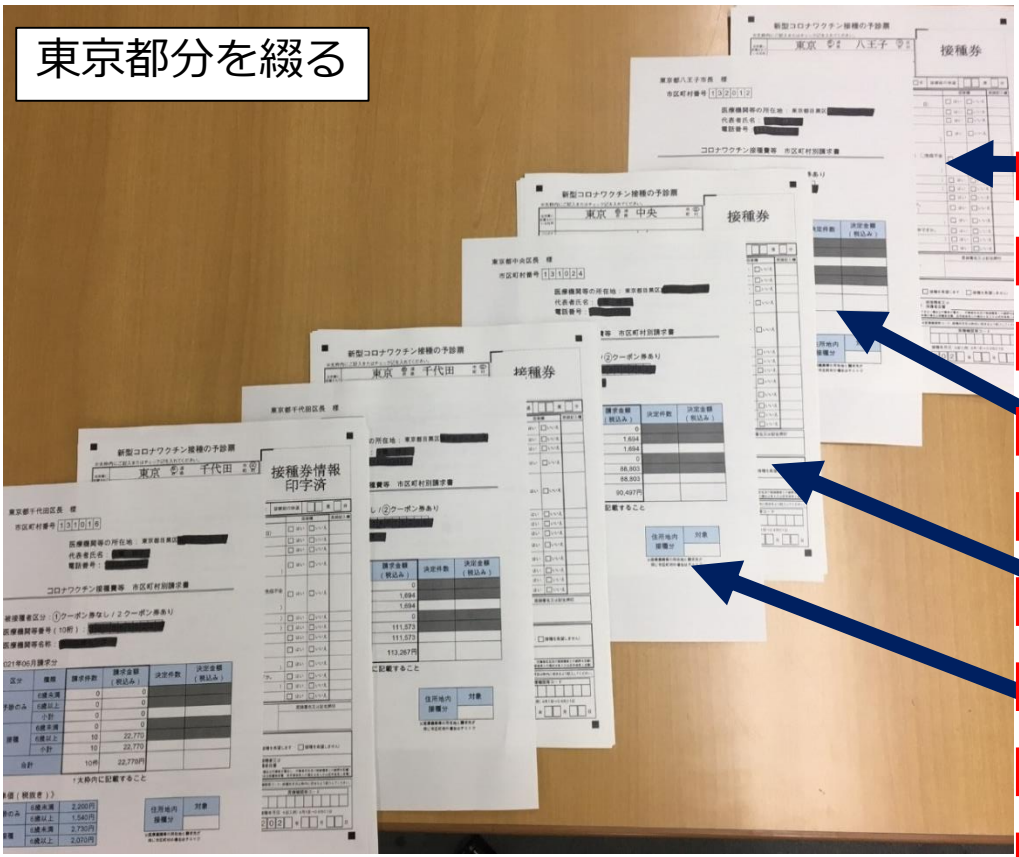
券種	2	ワクチン接種	1	回目
請求先	〇〇県〇〇市		123456	
券番号	1234567890			
氏名	厚生 太郎			
				
OCRライン (18桁)				

接種券の券種の欄の位置  
予診のみの場合は「1」  
接種実施の場合は「2」  
が記載されている

# (参考)請求時の予診票の仕分け方法④

○ 接種実施医療機関等が所在する市町村以外の分の国保連の請求については、まず、接種実施医療機関等が所在する都道府県分を以下のように綴る。  
 接種券付き予診票を市町村ごとに綴り、その下に接種券を貼付した予診票を市町村ごとに綴る。また、市町村の順は、市区町村番号順で綴る。

## 東京都分を綴る

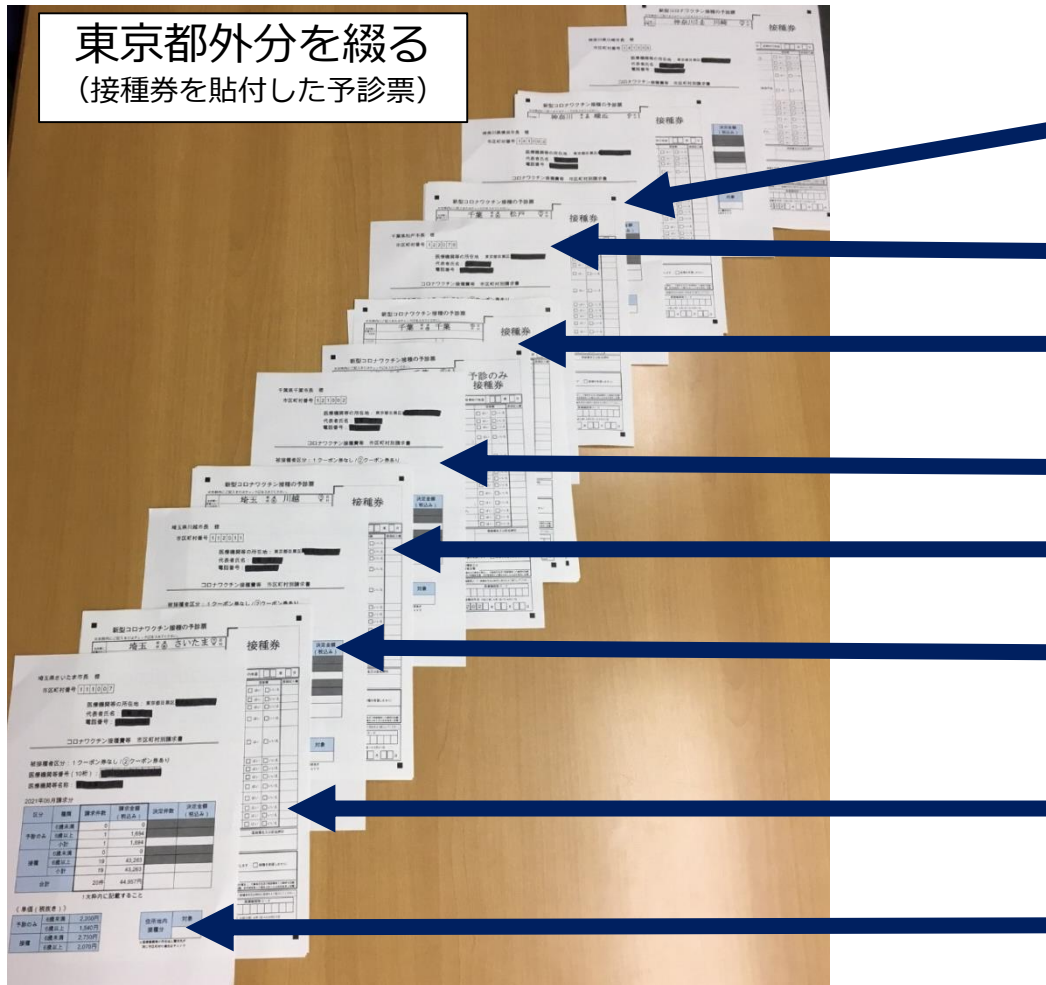


- 接種券を貼付した予診票を市町村ごとに綴る
- 接種券を貼付した予診票 (B市分)  
 (予診のみ⇒接種実施の順番)
- 市区町村別請求書 (B市分)  
 (V-SYSで出力)  
 (被接種者区分: 2クーポン券あり)  
 (接種券あり)
- 接種券を貼付した予診票 (A市分)  
 (予診のみ⇒接種実施の順番)
- 市区町村別請求書 (A市分)  
 (V-SYSで出力)  
 (被接種者区分: 2クーポン券あり)  
 (接種券あり)

# (参考)請求時の予診票の仕分け方法⑤

- **接種実施医療機関等が所在する市町村以外の分の国保連の請求**については、次に、接種実施医療機関等が所在する都道府県以外の分のうち、残りの接種券を貼付した予診票を以下のように市町村ごとに綴る。また、市町村の順は、市区町村番号順で綴る。

東京都外分を綴る  
(接種券を貼付した予診票)



- 接種券を貼付した予診票 (D県D町分)  
(予診のみ⇒接種実施の順番)

- 市区町村別請求書 (D県D市分)  
(被接種者区分：2クーポン券あり)

- 接種券を貼付した予診票 (C県C町分)  
(予診のみ⇒接種実施の順番)

- 市区町村別請求書 (C県C町分)  
(被接種者区分：2クーポン券あり)

- 接種券を貼付した予診票 (A県B市分)  
(予診のみ⇒接種実施の順番)

- 市区町村別請求書 (A県B市分)  
(被接種者区分：2クーポン券あり)

- 接種券を貼付した予診票 (A県A市分)  
(予診のみ⇒接種実施の順番)

- 市区町村別請求書 (A県A市分)  
(被接種者区分：2クーポン券あり)

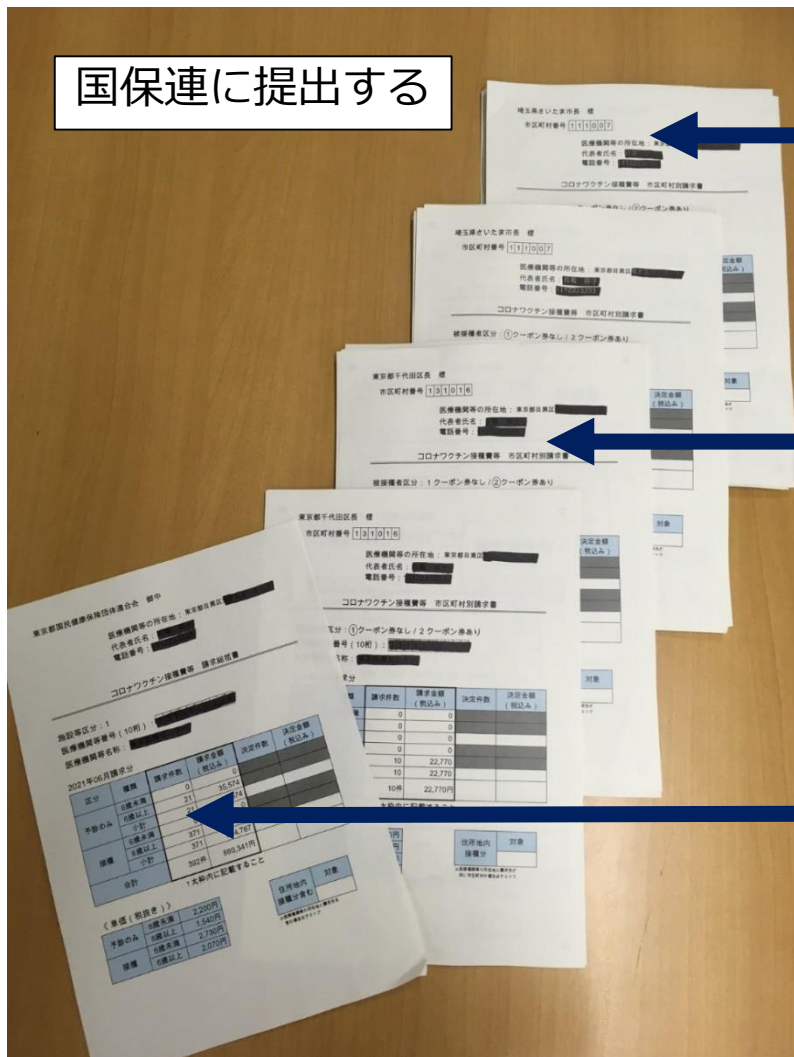
※ 市区町村別請求書はV-SYSを用いて出力する。  
※ 「クーポン券あり」=「接種券あり」



## (参考)請求時の予診票の仕分け方法⑥

- 接種実施医療機関等が所在する市町村以外の分の国保連の請求については、④・⑤で綴ったものを、以下の順で綴り、国保連に提出する。

国保連に提出する



⑤で綴った東京都外分の接種券を貼付した予診票

④で綴った東京都分の接種券を貼付した予診票

請求総括書 (V-SYSで出力する)

# (参考)口座届出書記載例 (様式5-1・5-2)

## パターン1の場合

例)

- 接種会場：千代田区 A会社
- 医療機関：千代田区 A会社内診療所

千代田区に提出

千代田区A会社の情報

新型コロナウイルスワクチン接種に係る費用の請求及び受領に関する届

20 年 月 日 提出

〇〇市区町村長 御中

開設者（代表者） 住所  
氏名

新型コロナウイルスワクチン接種に係る費用の請求及び受領に関する届を下記のとおり記入のうえ提出いたします。

医療機関 等番号		TEL	-	-
フリガナ		FAX	-	-
医療機関 等名称		振込先	金融機関コード	
郵便 番号	-	支店名	支店コード	
フリガナ		所在地	預金 種目	1:普通 2:当座 <small>預金番号に○を 付けて下さい。</small>
			口座 番号	<small>必須で記載して 下さい。</small>
請求者		フリガナ	フリガナ	
		請求者	口座 名義人*	
届出理由(該当番号に○を付けて下さい。)		請求開始(変更)年月	旧医療機関等番号	
1	新設	20 年 月 より		
2	請求者または口座名義人の変更			
3	振込先及び口座番号の変更			
4	その他( )			
備 考				

\*開設者（代表者）と口座名義人が異なる場合には、委任状も添付いただく必要があります。

# (参考)口座届出書記載例 (様式5-1・5-2)

## パターン2の場合 (接種会場の市町村に提出)

例)

- 接種会場：**港区 A会社**
- 医療機関：**千代田区 B病院**

新型コロナウイルスワクチン接種に係る費用の  
請求及び受領に関する届

20 年 月 日 提出

〇〇市市区町村長 御中

開設者(代表者) 住所  
氏名

記のとおり記入のうえ提出いたします。

医療機関 等番号		TEL	-	-
フリガナ		FAX	-	-
医療機関 等名称		金融機関コード		
郵便 番号	-	届込先		
フリガナ		支店コード		
所在地		預金 種目	1: 普通	2: 当座
		口座 番号	医療費等に〇 印付して下さい	
フリガナ		フリガナ		
請求者		口座 名義人*		

届出理由(該当番号に〇を付けて下さい。)

1	新設	20 年 月 より	旧医療機関等番号
2	請求者または口座名義人の変更		
3	届込先及び口座番号の変更		
4	その他( )		

備考

※開設者(代表者)と口座名義人が異なる場合には、委任状も添付いただく必要があります。

港区に提出

港区A会社の接種会場の  
情報

千代田区B病院  
の情報

# (参考)口座届出書記載例 (様式5-1・5-2)

## パターン3の場合

例)

- 企業：**港区 A会社**
- 医療機関：**千代田区 B病院**

千代田区に提出

新型コロナウイルスワクチン接種に係る費用の  
請求及び受領に関する届

20 年 月 日 提出

〇〇市区町村長 御中

開設者（代表者） 住所  
氏名

新型コロナウイルスワクチン接種に係る費用の請求及び受領に関する届を下記のとおり記入のうえ提出いたします。

医療機関 等番号			
フリガナ	TEL	— —	
医療機関 等名称	FAX	— —	
郵便 番号	—		
フリガナ	振込先 金融機関コード		
所在地	支店名	支店コード	
	預金 種目	1：普通 2：当座	振込番号に〇を 付けて下さい。
フリガナ	口座 番号	口座で指定して 下さい。	
請求者	フリガナ		
	口座 名義人		
届出理由(該当番号に〇を付けて下さい。)		請求開始(変更)年月	旧医療機関等番号
1	新設	20 年 月 より	
2	請求者または口座名義人の変更		
3	振込先及び口座番号の変更		
備考			

※開設者（代表者）と口座名義人が異なる場合には、委任状も添付いただく必要があります。

事務連絡  
令和3年6月23日

各 都道府県  
市町村  
特別区  
衛生主管部(局) 御中

厚生労働省健康局健康課予防接種室

新型コロナウイルスワクチンの時間外・休日の接種及び個別接種促進のための  
支援事業の請求について

令和3年6月23日付け厚生労働省発健0623第18号厚生労働事務次官通知の別紙「令和3年度(令和2年度からの繰越分)新型コロナウイルスワクチン接種対策費国庫負担金交付要綱」にて、時間外・休日に接種を行った場合の接種費用の上乗せについてお示ししたところです。

また、令和3年6月10日付け厚生労働省発医政0610第22号・厚生労働省発健0610第2号・厚生労働省発業生0610第87号「令和3年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(医療分)の交付について」にて、新型コロナウイルスワクチン接種体制支援事業(病院が特別な接種体制を確保した場合の支援を含む。以下、「個別接種促進のための支援事業」という。)をお示しました。

今般、当該事業にかかる医療機関から都道府県及び市町村への費用請求の方法について、別紙1のとおりお示しますので、管内医療機関への周知していただくとともに、各都道府県及び市町村においては、医療機関からの費用請求を受け、別紙2のとおり対応するようお願いいたします。

### 別紙1 (医療機関向け)

#### 医療機関から自治体への請求方法について

#### ① 時間外・休日に接種を行った場合の接種費用の上乗せにかかる請求方法について

##### ○請求先

医療機関が所在する市町村 (被接種者の居住地に依らない)

##### ○提出物

請求書 (様式1) 及び実績報告書 (様式2)

##### 【請求額】

時間外: 730円 × 予診実施回数 + 消費税

休日: 2,130円 × 予診実施回数 + 消費税

※ 予診の結果、接種をしなかった (「予診のみ」で請求した) 場合、後述の整合性を前提に、回数に含めることが可能

##### 【作成方法】

・ 時間外・休日に接種を行った場合の接種費用の上乗せ (以下「時間外等加算」という。) のみの請求とすること (接種費用2,070円等は従前通りの方法で請求するため、本請求に含まない)

・ 該当期間 (令和3年4月1日から同年7月31日まで) を一括として作成すること。 (8月以降の請求については、別途示す。)

・ 接種費用2,070円等の請求との整合性を図ること

※ 接種費用 (2,070円/回) の請求については、市町村または各都道府県国民健康保険団体連合会 (以下「国保連」という。) において審査を受けることになるが、審査において予診の実施について支払いが認められなかった場合は、時間外等加算の対象とはならないので、市町村に請求しないこと。既に請求済の場合は、市町村に訂正の報告を速やかに行うこと。

また、請求先である市町村から、時間外等加算分の実績報告等について照会があった場合は適切に対応すること。

##### ○請求及び支払いの時期 :

全国知事会と公益社団法人日本医師会との間で締結する「新型コロナウイルス感染症の予防接種に係る委託契約書」について、現在、変更契約の手続き中であり、現状、以下の案となっている。

- ・ 医療機関は、適用期間分 (4月1日～7月末日) を取りまとめた上で、適用期間終了月の翌月末までに請求を行う。
- ・ 市町村は、請求の内容を審査した上で適正と認めた場合には、審査を終えた日の属する月の翌月末までに、当該請求に係る委託料の支払いを行う。
- ・ ただし、別途市町村と医療機関との間で指定する場合は、当該取り決めに従う。

別紙2 (自治体向け)

医療機関から自治体への請求への対応方法について

① 時間外・休日に接種を行った場合の接種費用の上乗せにかかる請求方法について

○医療機関の請求先

医療機関が所在する市町村（被接種者の居住地に依らない）

○医療機関からの提出物

請求書（様式1）及び実績報告書（様式2）

※ 予診の実施回数については、原則として医療機関からの実績報告を以って確認することとする。

なお、接種に係る費用（2,070円/回）は、市町村または国保連における審査が行われ、時間外等加算はこれを踏まえて請求することとし、医療機関からの請求及び実績報告は当該審査結果と整合性をとることとされている。

市町村においては、必要に応じて、医療機関からの実績報告の正当性を担保するため、VRSの接種記録等から整合性を確認する。著しい不合理があった場合などには、報告を行った医療機関に照会及び是正の対応を行う。

○請求及び支払いの時期

全国知事会と公益社団法人日本医師会との間で締結する「新型コロナウイルス感染症の予防接種に係る委託契約書」について、現在、変更契約の手続き中であり、現状、以下の案となっている。

- ・ 医療機関は、適用期間分（4月1日～7月末日）を取りまとめた上で、適用期間終了月の翌月末までに請求を行う。
- ・ 市町村は、丙は、請求の内容を審査した上で適正と認めた場合には、審査を終えた日の属する月の翌月末までに、当該請求に係る委託料の支払いを行う。
- ・ ただし、別途市町村と医療機関との間で指定する場合は、当該取り決めに従う。



## (参考) 職域接種促進のための支援策について①

### 支援の対象となる職域接種の主体

○中小企業(※1)が商工会議所、総合型健保組合、業界団体等複数の企業で構成される団体を事務局として共同実施する場合

※1: 中小企業とは中小企業基本法(昭和38年法律第154号)第2条第1項に規定する中小企業を指す。

(注) 団体に大企業が1社でも含まれる場合は、補助対象外となる。

○大学、短期大学、高等専門学校、専門学校の職域接種で所属の学生も対象とし、文部科学省が定める地域貢献の基準(※2)を満たす場合

※2: 地域貢献の基準については文部科学省から示される予定である。

### 支援の対象となる接種方法及び支援内容

#### ～中小企業、大学等に対する支援～

○中小企業、大学等が実施する職域接種のうち**外部の医療機関が出張して**実施する場合(企業内診療所が実施する場合、接種対象者が外部の医療機関に出向いて接種を受ける場合及び大学の附属病院が当該大学内で実施する場合は対象外)

⇒都道府県が設置する大規模接種会場において支援対象とする経費と同等の経費(使用料及び賃借料、備品購入費等)を対象として、1,000円×接種回数を上限に実費補助

**※対象は中小企業、大学等であり、請求の際は対象であることを確認する書類の提出が必要になります。**

**その書式等は今後お示しします。**

## (参考) 職域接種促進のための支援策について②

### 支援の対象となる接種方法及び支援内容 ～ 医療機関に対する支援～

○中小企業、大学等が実施する職域接種における接種対象者が、接種を委託した外部の医療機関に出向いて職域接種を受ける場合

< 委託先が診療所の場合 >

- (1) 週100回以上の接種を7月末まで、8,9月、10,11月のそれぞれの期間中に4週間以上行った場合⇒+2,000円/回
- (2) 週150回以上の接種を7月末まで、8,9月、10,11月のそれぞれの期間中に4週間以上行った場合⇒+3,000円/回
- (3) 医療機関が50回以上/日のまとまった規模の接種を行った場合⇒10万円/日(定額)を交付((1)(2)とは重複しない)

< 委託先が病院の場合 >

- (1) 医療機関が50回以上/日のまとまった規模の接種を行った場合⇒10万円/日(定額)を交付
- (2) 特別な体制を組んで、50回以上/日の接種を週1日以上7月末まで、8,9月、10,11月のそれぞれの期間中に4週間以上行った場合⇒+医師1人1時間当たり7,550円、看護師等1人1時間当たり2,760円((1)に加えて交付)

※当該医療機関の個別接種の実績に、当該職域接種の実績を上乗せして、個別接種促進のための支援を実施

○大学等が実施する職域接種における接種対象者が、大学の附属病院に出向いて職域接種を受ける場合及び大学の附属病院が当該大学内で実施する場合

- (1) 医療機関が50回以上/日のまとまった規模の接種を行った場合⇒10万円/日(定額)を交付
- (2) 特別な体制を組んで、50回以上/日の接種を週1日以上7月末まで、8,9月、10,11月のそれぞれの期間中に4週間以上行った場合⇒+医師1人1時間当たり7,550円、看護師等1人1時間当たり2,760円((1)に加えて交付)

※当該医療機関の個別接種の実績に、当該職域接種の実績を上乗せして、個別接種促進のための支援を実施

※対象は中小企業、大学等であり、請求の際は対象であることを確認する書類の提出が必要になります。

その書式等は今後お示しします。

# V-SYSにおける 職域接種にかかる費用請求

# 職域接種に関する費用請求の基本①



	パターン1	パターン2	パターン3
市町村からワクチン接種の委託を受けている者	企業内診療所(=企業)	外部医療機関	外部医療機関
費用請求の実施主体(=請求の代表者名)	企業内診療所(=企業)	外部医療機関	外部医療機関
市町村に直接請求(自市町村分)	企業内診療所(=接種会場)が所在する市町村に住民票がある被接種者の費用請求	接種会場が所在する市町村に住民票がある被接種者の費用請求	外部医療機関(=接種会場)が所在する市町村に住民票がある被接種者にかかる費用請求
国保連を通じて請求	それ以外の方の費用請求	それ以外の方の費用請求	それ以外の方の費用請求

# 職域接種に関する費用請求の基本②

職域接種の接種会場毎に新たに付番された、10桁の類似コードを利用

- 保険医療機関コードではなく、10桁の**類似コード**を利用
- 職域に係るすべての場面で類似コードを利用
  - 職域に関する各種届出
  - 予診票(右図)
  - 費用請求

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。

※左欄に合わせて、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)

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルス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	
「新型コロナウイルスの説明書」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	
接種開始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	
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		
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類( ) 受けた日( )		
今日の予防接種について質問がありますか。		
以上の問診及び診察の結果、今日の接種は( <input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる )		
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 <input type="checkbox"/> 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)		
新型コロナウイルス接種希望書 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。( <input type="checkbox"/> 希望する ) 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。 (※任意である。場合によっては署名を必要とする。本人又は同意する本人の署名)	年 月 日 接種者又は 保護者日章	
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
医師記入欄 ※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていないか確認	医療機関等コード 2022年 月 日	医師名 nt

医療機関コード欄に10桁の類似コードを記載

# 職域接種 費用請求の流れ

V-SYS外の作業

V-SYSの操作

1. 請求総括書等に  
表示される情報の登録

請求総括書等に表示される情報の登録

- ・代表者名
- ・電話番号

2. 提出書類の準備  
(接種の実施)

医師の署名、予診票への10桁の類似コード等の記入、接種券(クーポン券)の貼り付け等  
※接種券(クーポン券)がある分のみ費用請求可能

3. 請求総括書・市区町村別  
請求書の作成

請求総括書・市区町村別請求書のための接種実績の登録(市町村別に値入力が必要)

4. 請求総括書・市区町村別  
請求書の印刷

自市町村分の表紙の印刷  
自市町村以外の分の表紙(請求総括書)と市区町村別請求書の印刷

5. 編綴 (ファイリング)

自市町村分の編綴(ファイリング)  
自市町村以外の分の編綴(ファイリング)

6. 提出

自市町村分の提出  
自市町村以外の分の提出  
振込先情報の提出(様式5-1、様式5-2)

# <ご参考> V-SYSでされる請求総括書・市区町村別請求書

## 請求総括書

〇〇〇国民健康保険団体連合会 御中

医療機関等の所在地

代表者氏名

電話番号

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):

医療機関等名称: 〇〇クリニック

20 年 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				
	6歳以上				
	小計				
接種	6歳未満				
	6歳以上				
	小計				
合計					

↑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

住所地内 接種分 含む	対象

※医療機関等の所在地と請求先が  
同じ市区町村の場合はチェック

## 市区町村別請求書

〇〇〇市区町村長 様

市区町村番号

医療機関等の所在地

代表者氏名

電話番号

コロナワクチン接種費等 市区町村別請求書

① 券なし / ② ケーボン券あり

医療機関等番号(10桁):

医療機関等名称: 〇〇クリニック

こちらに代表者名が印字されて  
いる必要があります。

※間に合わなかった場合には手書きで記入。

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				
	6歳以上				
	小計				
接種	6歳未満				
	6歳以上				
	小計				
合計					

↑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

住所地内 接種分 含む	対象

※医療機関等の所在地と請求先が  
同じ市区町村の場合はチェック



# 1. 請求書に表示される情報の登録-1

請求書に記載される「代表者名」、「代表電話番号」はV-SYSで登録

- V-SYS操作マニュアル 職域接種用 2章を参照

厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

検索...

ヘルプ & トレーニング ワクチン管理システム

ホーム ワクチン分配 優先接種 ワクチン・針・シリンジマスタ レポート ナレッジ 納入ロット 問い合わせ +

Summer '21 の詳細はこちら

「この医療機関の情報を見る」  
をクリック

ページの拡大・縮小機能を使って文字サイズの変更をすることができます

○○○○会場 (○○○○) この医療機関の情報を見る>

予約の受付情報の変更

予約可能 ○  残り少数 △  予約受付不可 ×

予約不要 ●  未登録 —

更新

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

配送予定日の確認

# 1. 請求書に表示される情報の登録-2

代表者名: 医療機関(企業内診療所)の代表者  
 代表電話番号: 接種会場または医療機関の電話番号

## パターン1

- 代表者名

企業内診療所: 千代田区

- 代表電話番号

接種会場: 千代田区

## パターン2

医療機関: 千代田区

接種会場: 港区

## パターン3

医療機関 = 接種会場: 千代田区

医療機関 = 接種会場: 千代田区

医療機関情報(受付システム)	
保険医療機関コード	1234567890
請求総括書用新保険医療機関コード	<input type="text"/>
請求総括書用新保険医療機関コード(子備)	<input type="text"/>
介護保険事業所番号	
請求総括書用新介護保険事業所番号	<input type="text"/>
請求総括書用新介護保険事業所番号(子備)	<input type="text"/>
医療機関・接種会場名 ※	(職域)千代田接種会場
代表者名	<input type="text" value="厚生 太郎"/>
郵便番号(000-0000) ※	111-111
市町村 ※	東京都大田区
町名・番地 ※	〇〇1-1
代表電話番号	<input type="text" value="03-1234-5678"/>
集合契約加入日	2021/06/16 [ 2021/07/21 ]

医療機関の代表者名を記入

接種会場の電話番号を記入

## 2. 提出書類の準備

V-SYS外の作業

毎月の請求総括書等をV-SYSから作成する前に必要なこと

### <接種毎>

- 提出用予診票の記載事項の確認
  - 接種券(クーポン券)が貼られているか
  - 医師の署名など記入漏れがないか
  - 右下の「医療機関コード欄」に10桁の類似コードが記入されているか
  - 左下にワクチンシールが貼られているか 等

### <請求前>

- 予診票の市区町村別の並べ替え
  - 都道府県別
    - ＋市町村別
      - ＋予診のみ、接種済み

# 3. 請求総括書などの作成-1

V-SYSに請求総括書等を作成するために必要な情報を登録

V-SYS操作マニュアル 職域接種用 6章を参照

The screenshot shows the V-SYS interface for a vaccination site. At the top, there is a search bar and a user profile icon. Below that, the site name is displayed as '○○○○会場 (○○○○)' with a link to view medical facility information. A section for '予約の受付情報の変更' (Change reservation reception information) contains five buttons: '予約可能' (Reservation possible), '残り少数' (Remaining few), '予約受付不可' (Reservation reception not possible), '予約不要' (Reservation not required), and '未登録' (Not registered). Below this are three main action buttons: 'ワクチン希望量等の報告・接種実績等の報告' (Report on vaccine requirements and vaccination performance), '分配量の確認' (Check distribution amount), and '配送予定日の確認' (Check delivery date). The bottom-most button, '国保連提出用請求総括書・市区町村別請求書の作成' (Create request summary and municipal request forms for national health insurance), is highlighted with a red box. A callout bubble points to this button with the text: 「国保連提出用請求総括書・市区町村別請求書の作成」をクリック (Click on 'Create request summary and municipal request forms for national health insurance').

### 3. 請求総括書などの作成-2

- ① 接種した月の翌月以降に請求可能 例)7月31日までの接種分は、8月に請求
- ② 接種券(クーポン券)がある分のみ請求できる
- ③ 職域接種の接種会場ごと(=類似コード毎)に請求

請求月 ≠ 接種した月

接種券を貼付した予診票分	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)	

## 3. 請求総括書などの作成-3

市町村別に、今回請求する分の接種回数(=接種券を貼付した予診票の枚数)の登録

V-SYS上「医療機関」となっていますが、職域接種では「接種会場 または 接種会場となった医療機関」と読み替えてください

「接種会場」以外の市町村分を、「追加」してください。

※職域接種では、「接種券情報が印刷された予診票分」の欄は使用しません。

接種券を貼付した予診票分	予診のみ		接種		合計
	6歳未満(...)	6歳以上(回)	6歳未満(回)	6歳以上(...)	
総数	0 回	0 回	0 回	0 回	0 ...
医療機関と同一市内にお住まいの方	<input type="text" value="0 回"/>	<input type="text" value="0 回"/>	<input type="text" value="0 回"/>	<input type="text" value="0 回"/>	0 ...
それ以外の方	0 回	0 回	0 回	0 回	0 ...
<input type="button" value="追加"/>	--なし-- v...	--なし-- v...	<input type="text" value="0 回"/>	<input type="text" value="0 回"/>	0 ...

接種券情報が印刷された予診票 (医療従事者等向け) 分	予診のみ		接種		合計
	6歳未満(...)	6歳以上(回)	6歳未満(回)	6歳以上(...)	
総数	0 回	0 回	0 回	0 回	0 ...
医療機関と同一市内にお住まいの方	<input type="text" value="0 回"/>	<input type="text" value="0 回"/>	<input type="text" value="0 回"/>	<input type="text" value="0 回"/>	0 ...
それ以外の方	0 回	0 回	0 回	0 回	0 ...
<input type="button" value="追加"/>	--なし-- v...	--なし-- v...	<input type="text" value="0 回"/>	<input type="text" value="0 回"/>	0 ...



## 4. 請求総括書などの印刷

### ①～③のうち、適当な請求書または請求総括書を印刷

- 市町村別請求書の印刷 — ③
  - 市町村で指定がある場合には、それを利用 <詳細は市町村へ確認>
  - 自市町村＋追加した市町村分の請求書(PDF)が生成される、確認の上、印刷
- 請求総括書の印刷 — ②
  - PDFが生成されるため、記載内容を確認の上印刷
  - 国保連が、同一市町村の分の費用請求も対応している場合 — ① <詳細は市町村へ確認>

保存

1 請求総括書出力 (同一市内にお住まいの方分を含む)

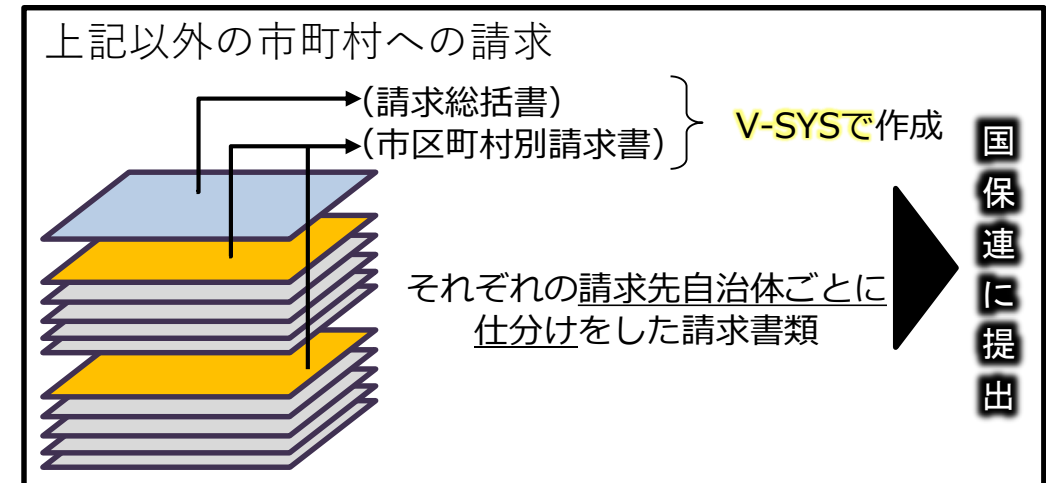
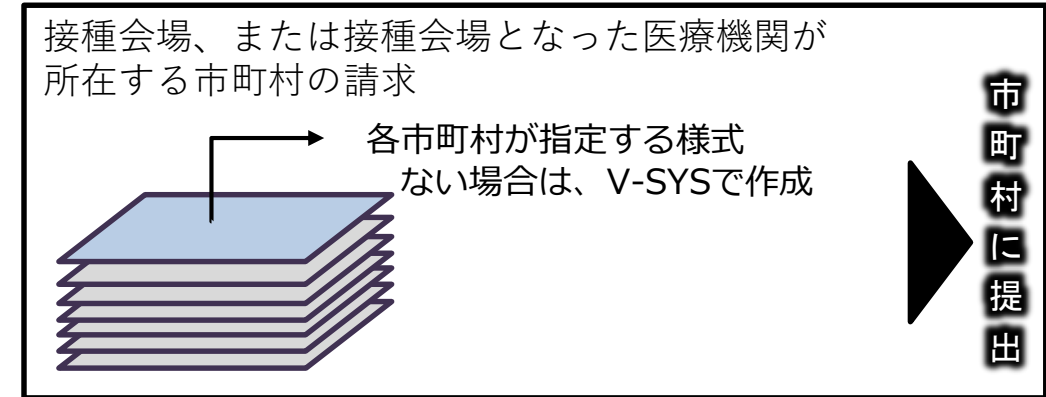
2 請求総括書出力 (同一市内にお住まいの方分を含まない)

3 市町村別請求書出力 (接種券貼付あり分)

市町村別請求書出力 (接種券貼付なし分)

## 自市町村分とそれ以外を分けて編綴

- 自市町村分（接種会場または接種会場となった医療機関と同じ市町村の住民分）
  - 表紙は、市町村で指定がある場合はそれを利用
  - ない場合には、V-SYSの市区町村別請求書を利用
  - 予診のみ→接種の順
- 上記以外
  - 表紙は、請求総括書
  - 都道府県別に編綴
    - 自都道府県分
    - それ以外の都道府県
  - 都道府県内は市町村別に編綴
  - 市町村内は
    - 予診のみ→接種の順



## 市町村へ直接請求する場合の編綴方法

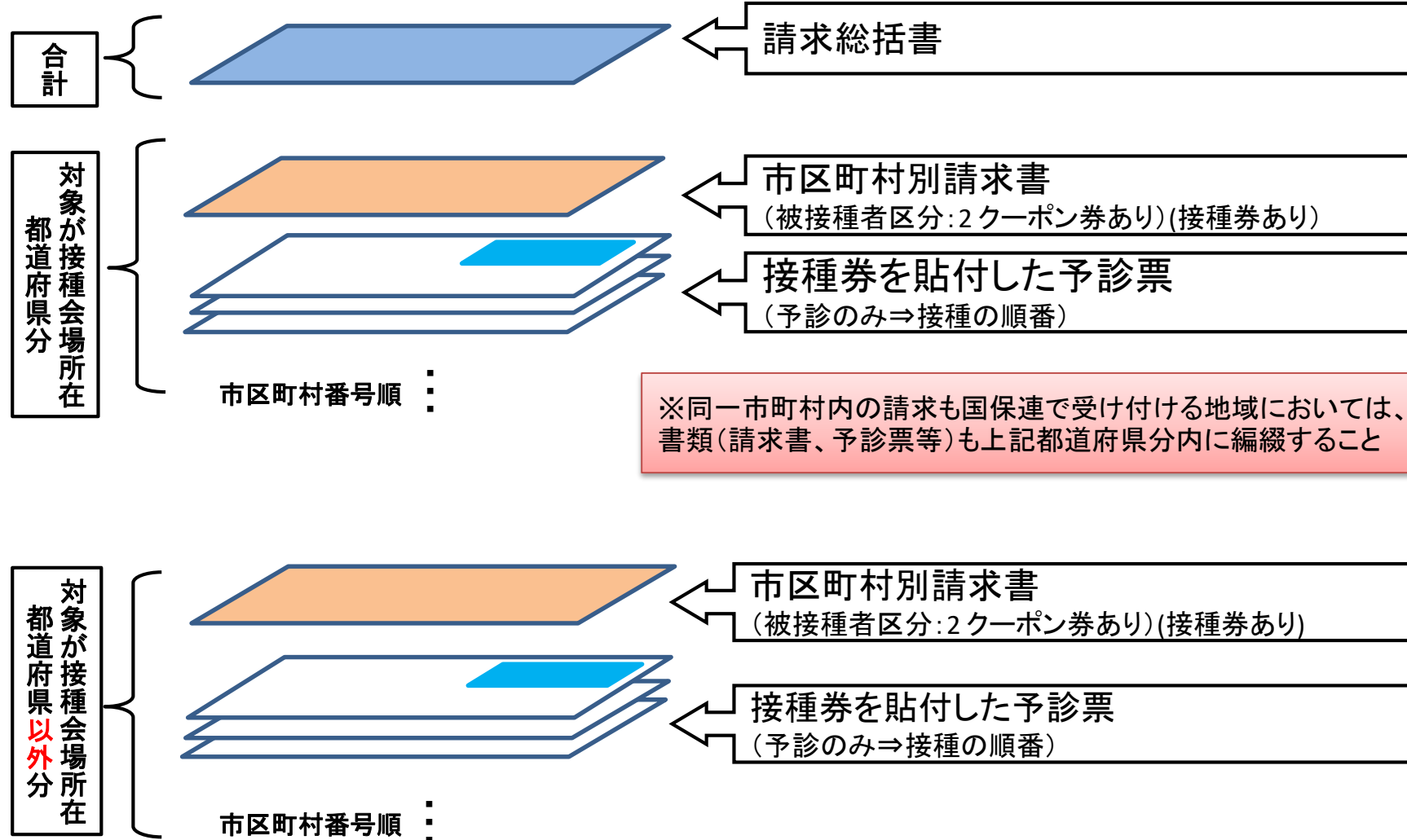


市区町村別請求書(表紙)  
(被接種者区分:2 クーポン券あり)  
(接種券あり)



接種券を貼付した予診票  
(予診のみ⇒接種の順番)

## 国保連を通じて請求を行う場合の編綴方法



※同一市町村内の請求も国保連で受け付ける地域においては、その請求書類(請求書、予診票等)も上記都道府県分内に編綴すること

接種券(クーポン券)が入手できた接種分は、翌月 10日までに提出

- 自市町村分(接種会場または接種会場となった医療機関と同じ市町村の住民分)
  - 自市町村へ提出
  - 初回請求時は、様式5-1(※1)も市町村へ提出
- 上記以外
  - 自都道府県の国保連に提出
  - 初回請求時は、様式5-2(※1)も国保連へ提出
- 参考:「新型コロナワクチン接種に係る費用の請求および受領に関する届」の提出
  - 類似コードを利用
  - ※1 様式 5-1:接種会場のある市町村へ提出
  - ※2 様式 5-2:接種会場のある都道府県の国保連へ提出
  - 詳細は、厚労省のサイトの「職域接種向け手引き」を参照