

費用の請求・支払い～接種費用，時間外・休日加算分～

- 新予診票(新様式及び追加接種用の予診票)に時間外・休日加算欄が追加されたことから，**12月接種分からは，接種費用と一体的に時間外・休日加算分もすべて国保連に請求**する(請求手続きの簡素化)。
- ただし，旧予診票により請求を行う場合は，従来どおり，接種費用は国保連へ，時間外・休日加算は市町へ請求する。

これまで(1, 2回目接種)

請求費用	提出書類	請求先
接種費用	<ul style="list-style-type: none"> ・請求総括書 (V-SYSから出力) ・市区町村別請求書 (V-SYSから出力) ・予診票 	国保連 (医療機関向け手引き等参照)
時間外・休日加算	請求書 実績報告	市町 (令和3年6月23日付け国事務連絡)

12月接種分から(1～3回目接種)

請求費用	提出書類	請求先
接種費用 時間外・休日加算	<ul style="list-style-type: none"> ・請求総括書 (別紙4, V-SYSから出力) ・市区町村別請求書 (別紙5, V-SYSから出力) ・新予診票 (実績報告は不要) 	国保連 (医療機関向け手引き等参照)

※ 旧予診票を使用した場合(従来どおり)

請求費用	提出書類	請求先
接種費用	<ul style="list-style-type: none"> ・請求総括書 (別紙4, V-SYSから出力) ・市区町村別請求書 (別紙5, V-SYSから出力) ・旧予診票 	国保連 (医療機関向け手引き等参照)
時間外・休日加算	請求書 実績報告	市町 (令和3年6月23日付け国事務連絡)

(1・2回目)予診票の旧様式から新様式への切り替え

旧様式

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)	年 月 日	日生(満 歳) 男・女 診察前の体温 度 分

※ワクチン接種後に医療機関において貼り付けてください
※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)

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルス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: 年 月 日、2回目: 年 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"/> その他() 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<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せんか。 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) 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種副反応救済制度について、説明した。		医師署名又は記名押印

医師記入欄
 時間外(受付時間 :) 休日 小児(6歳未満) 予備① 予備②

医師記入欄
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、接種を希望しますか。(接種を希望 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
(※16歳未満の場合は保護者が署名し、代理人氏名及び電話番号との捺印を記載)
(※接種者が16歳未満の場合は保護者署名、成年被接種者の場合は本人又は成年被接種者署名)

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 (注)有効期限が切れないか確認	ml	医師名	接種年月日 ※記入欄) 4月1日~04月01日
			2022年 月 日

質問項目を削除



新様式

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 (1・2回目用)

※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	日生(満 歳) 男・女 診察前の体温 度 分

※ワクチン接種後に医療機関において貼り付けてください
※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)

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン()	<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、接種券又は右上の請求先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	
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"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他() 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<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せんか。 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) 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種副反応救済制度について、説明した。		医師署名又は記名押印

医師記入欄
 時間外(受付時間 :) 休日 小児(6歳未満) 予備① 予備②

医師記入欄
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、接種を希望しますか。(接種を希望 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
(※16歳未満の場合は保護者が署名し、代理人氏名及び電話番号との捺印を記載)
(※接種者が16歳未満の場合は保護者署名、成年被接種者の場合は本人又は成年被接種者署名)

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 (注)有効期限が切れないか確認	ml	医師名	接種年月日 ※記入欄) 4月1日~04月01日
			2022年 月 日

質問の改訂

チェック欄を追加

旧予診票と同様にクーポン貼付する場合とプレプリントの場合がある

費用の請求・支払い ～予診票等の記入例①「接種券一体型予診票」～

接種券一体型予診票

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 (追加接種用)

あなたの接種券番号: _____

接種年月日: _____

接種場所: _____

医師名: _____

医療機関コード: _____

接種量: _____

接種券一体型予診票の記入欄には、接種券番号、接種年月日、接種場所、医師名、医療機関コード、接種量を記入してください。

① 時間外又は休日に接種を行った場合は、該当部分を塗りつぶす
時間外の場合は、受付時間を記入する

② 予診票に、接種量、接種場所、医師名、医療機関コード、接種年月日を記入

③ 予診票に貼付

被接種者が持参する接種済証

新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時接種)
Certificate of Vaccination for COVID-19

あなたの接種券番号: _____

接種年月日: _____

接種場所: _____

氏名: 厚生 太郎

性別: 〇〇

生年月日: 〇〇年 〇〇月 〇〇日

〒 _____

〇〇県〇〇市

④ 接種済証に貼付
(被接種者が持参を忘れた場合には接種記録書に貼付)

接種記録書

(被接種者が持参を忘れた場合に医療機関が交付)

新型コロナウイルスワクチン接種記録書
Record of Vaccination for COVID-19

氏名: _____

性別: _____

生年月日: _____

〒 _____

〇〇県〇〇市

氏名等は
被接種者が記入

製品名 _____

製造番号: XXXXXX

最終有効年月日: XXX/XX/XX

製造販売: メーカー名

〇 R
コード

メーカーが提供する
シールのイメージ

製品名 _____

製造番号: XXXXXX

メーカー名 _____

最終有効年月日: XXX/XX/XX

⑤ 予診票のコピー又は控えを医療機関において保管

費用の請求・支払い ～予診票等の記入例②「接種券欄空欄」～

予診票

④ 予診票に接種券を貼付

被接種者が持参する接種券（兼）接種済証

⑤ 接種済証に貼付

**① 時間外又は休日に接種を行った場合は、該当部分を塗りつぶす
時間外の場合は、受付時間を記入する**

② 予診票に、接種量、接種場所、医師名、医療機関コード、接種年月日を記入

③ 予診票に貼付

⑥ 予診票のコピー又は控えを医療機関において保管

メーカーが提供するシールのイメージ

製品名	製法番号: XXXXXX	QRコード
製法番号	製法年月日: 20XX/XX/XX	
製法販売メーカー名		

クーポン券は、12月前に各市町が被接種者に送付済みのQRコードのないものを使用することも可能。

費用の請求・支払い ～旧・新の請求総括書～

旧様式

神奈川県国民健康保険団体連合会 御中

医療機関等の所在地：神奈川県横浜市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）：
 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)	決定件数	決定金額 (税込)
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	5	11,385		
	小計	5	11,385		
合計		5件	11,385円		

↑太枠内に記載すること

《単価（税抜き）》

区分	種類	単価
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	対象
接種分含む	

※医療機関等の所在地と請求内容も併せてチェック

新様式

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：
 医療機関等番号（10桁）：
 医療機関等名称：

年月請求分

区分	種類	請求件数	請求金額 (税込)	決定件数	決定金額 (税込)
予診のみ	6歳未満(時間外・休日分除く)				
	6歳未満(時間外)				
	6歳未満(休日)				
	6歳以上(時間外・休日分除く)				
	6歳以上(時間外)				
	6歳以上(休日)				
	小計				
接種	6歳未満(時間外・休日分除く)				
	6歳未満(時間外)				
	6歳未満(休日)				
	6歳以上(時間外・休日分除く)				
	6歳以上(時間外)				
	6歳以上(休日)				
	小計				
合計					

↑太枠内に記載すること

《単価（税抜き）》

区分	種類	単価
予診のみ	6歳未満(時間外・休日分除く)	2,400円
	6歳未満(時間外)	2,930円
	6歳未満(休日)	4,350円
	6歳以上(時間外・休日分除く)	1,540円
	6歳以上(時間外)	2,270円
	6歳以上(休日)	3,670円
接種	6歳未満(時間外・休日分除く)	2,730円
	6歳未満(時間外)	3,260円
	6歳未満(休日)	4,680円
	6歳以上(時間外・休日分除く)	2,070円
	6歳以上(時間外)	2,800円
	6歳以上(休日)	4,200円

住所市内	対象
接種分含む	

※医療機関等の所在地と請求内容も併せてチェック

請求の種類に、
時間外・休日の欄が
追加

種類
6歳未満(時間外・休日分除く)
6歳未満(時間外)
6歳未満(休日)
6歳以上(時間外・休日分除く)
6歳以上(時間外)
6歳以上(休日)

新様式は、12月接種分の1月請求分からV-SYSで出力可能

費用の請求・支払い ～旧・新の市区町村別請求書～

旧様式

神奈川県横浜市長 様

市区町村番号

医療機関等の所在地：神奈川県横浜市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 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)：
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)	決定件数	決定金額 (税込)
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	100	227,700		
小計		100	227,700		
合計		100件	227,700円		

↑太枠内に記載すること

《単価(税抜き)》

区分	種類	単価
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
	✓

※医療機関等の所在地と請求者が同じ市区町村の場合はチェック

新様式

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

医療機関等番号(10桁)：
医療機関等名称：

年月請求分

区分	種類	請求件数	請求金額 (税込)	決定件数	決定金額 (税込)
予診のみ	6歳未満(時間外・休日分除く)				
	6歳未満(時間外)				
	6歳未満(休日)				
	6歳以上(時間外・休日分除く)				
	6歳以上(時間外)				
接種	6歳以上(休日)				
	6歳未満(時間外・休日分除く)				
	6歳未満(時間外)				
	6歳未満(休日)				
	6歳以上(時間外・休日分除く)				
小計					
合計					

↑太枠内に記載すること

《単価(税抜き)》

区分	種類	単価
予診のみ	6歳未満(時間外・休日分除く)	2,200円
	6歳未満(時間外)	2,930円
	6歳未満(休日)	4,350円
	6歳以上(時間外・休日分除く)	1,540円
	6歳以上(時間外)	2,270円
接種	6歳以上(休日)	3,670円
	6歳未満(時間外・休日分除く)	2,070円
	6歳未満(時間外)	3,480円
	6歳未満(休日)	4,890円
	6歳以上(時間外・休日分除く)	2,070円

住所市内 接種分	対象
	✓

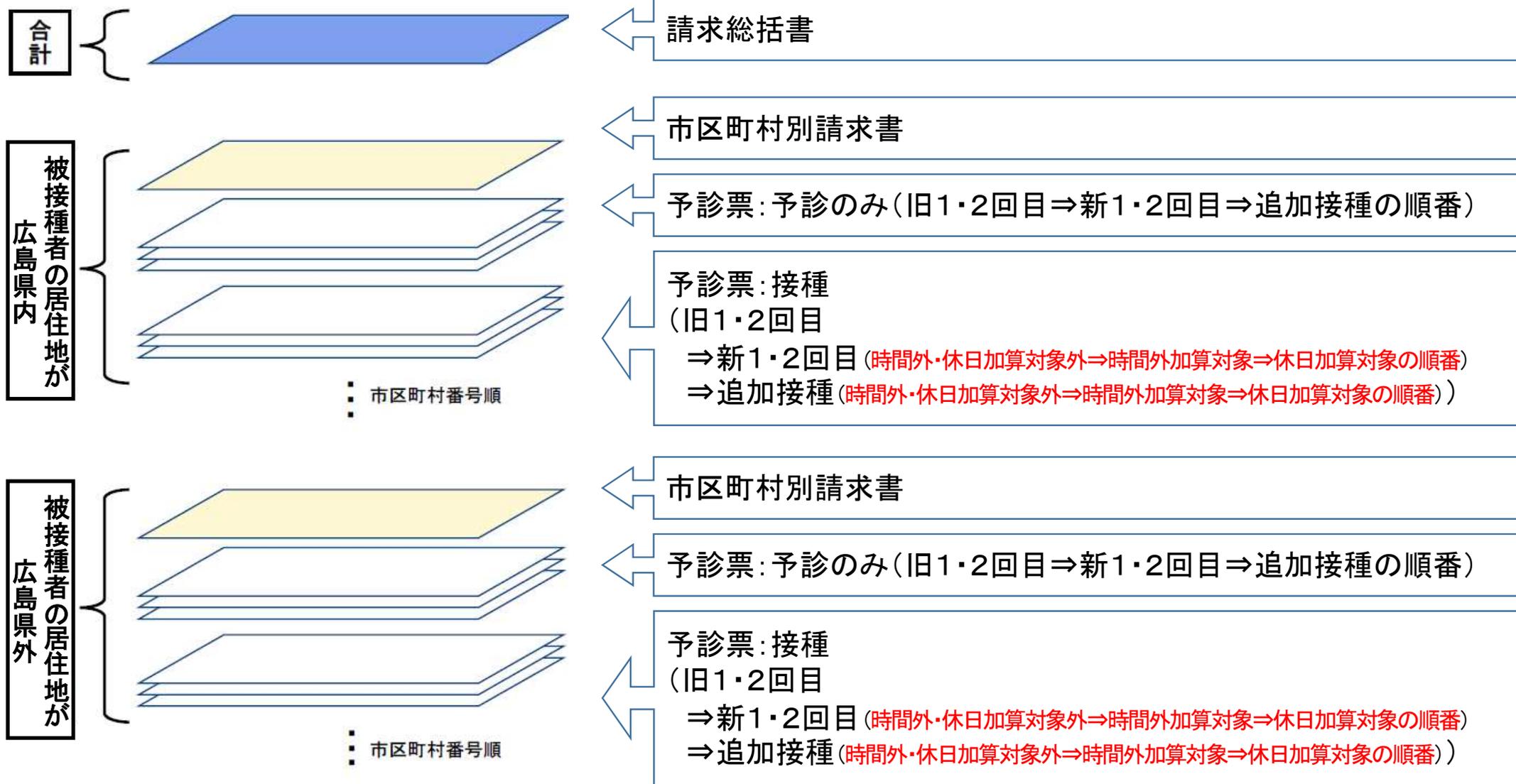
※医療機関等の所在地と請求者が同じ市区町村の場合はチェック

請求の種類に、
時間外・休日の欄が
追加

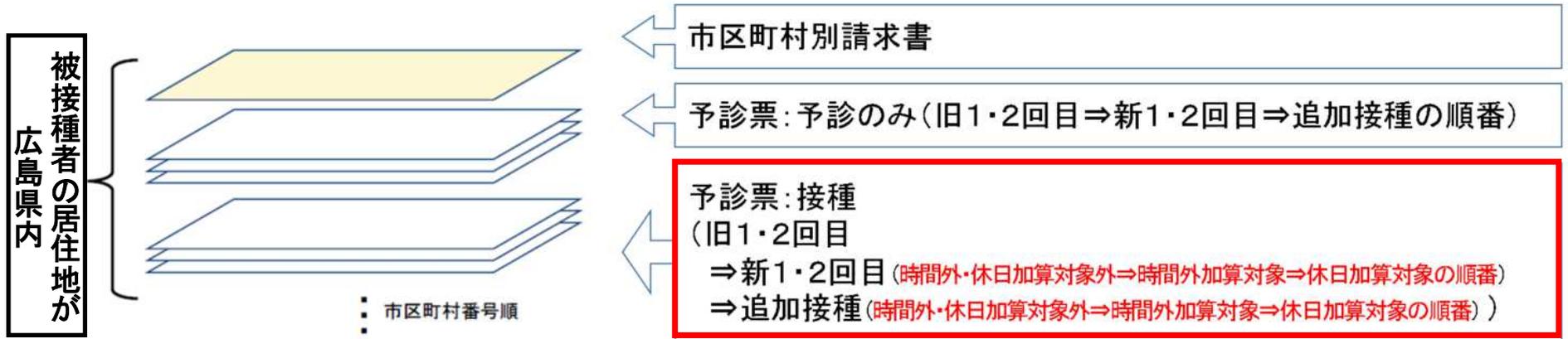
種類
6歳未満(時間外・休日分除く)
6歳未満(時間外)
6歳未満(休日)
6歳以上(時間外・休日分除く)
6歳以上(時間外)
6歳以上(休日)

新様式は、12月接種分の1月請求分からV-SYSで出力可能

費用の請求・支払い～医療機関等における広島県国保連合会への請求時の編綴方法(12月1日以降)～



費用の請求・支払い～予診票:接種の編綴方法～



医療機関 記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 :)	<input type="checkbox"/> 休日	<input type="checkbox"/> 小児(6歳未満)	<input type="checkbox"/> 予備①	<input type="checkbox"/> 予備②
<small>※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。</small>					
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。(<input type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <input type="checkbox"/> 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	
			<small>(※自署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続柄を記載) (※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)</small>		
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	ml	実施場所	医療機関等コード	
	※枠に合わせてまっすぐに貼付けてください (注)有効期限が切れていないか確認		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日	
			202 年 月 日		

- 時間外・休日加算対象外
⇒ 医療機関記入欄のいずれにもマークがついていないもの
- 時間外加算対象
⇒ 医療機関記入欄の時間外にマークがついているもの(受付時間を忘れずに記入すること)
- 休日加算対象
⇒ 医療機関記入欄の休日にマークがついているもの