

新型コロナウイルスワクチン接種の 請求に関する手引き

令和5年6月

広島県国民健康保険団体連合会

1. 国保連合会への請求について

- (1) 医療機関等で個別接種する予診票は基本的に住所地内・住所地外共に国保連合会に提出する。
- (2) 新型コロナワクチン接種の費用については、V-SYSから出力される請求総括書及び市区町村別請求書、予診票等を予防接種の実施日の翌月1日から10日までに、国保連合会へ請求する。
ただし、10日が土日祝日である場合は、翌営業日までとする。

・請求総括書，市区町村別請求書に関する注意事項

- (1) 請求総括書，市区町村別請求書については，V-SYSから出力したものを使用すること。
 - ※ V-SYSに請求先市町村ごとの接種回数を入力することで，請求総括書及び市区町村別請求書を作成することができる。（請求月になってからV-SYSに入力することで当該請求月となる。）
 - ※ 代表者氏名は，事前に入力すること。
ただし，入力できない場合，手書き記入でも可とする。
- (2) 請求年月については，国保連合会に提出する年月を入力すること。月遅れ請求の場合も当該請求分と合算して集計すること。

例：2023年1月接種5件，2月接種7件を3月に国保連合会に請求（提出）する場合は，請求総括表及び市区町村別請求書は3月請求として合算した12件を入力する。

なお，請求総括書は同一実施機関から同一提出月に1枚のみを送付すること。

※ 編綴の際は穴を開けたり，ホッチキス止めでなく，クリップや紐で縛る等の方法でまとめること。

請求総括表【令和4年1月請求分以降】

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

① 施設等区分 :
 医療機関等番号 (10桁) ②
 医療機関等名称 :

③ 年 月 請求分 ④

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)
手取のみ	6歳未満(時間外・休日分給)				
	6歳未満(時間外)				
	6歳未満(休日)				
	6歳以上(時間外・休日分給)				
	6歳以上(時間外)				
	6歳以上(休日)				
	小計				
接種	6歳未満(時間外・休日分給)				
	6歳未満(時間外)				
	6歳未満(休日)				
	6歳以上(時間外・休日分給)				
	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)》

手取のみ	6歳未満(時間外・休日分給)	2,200円
	6歳未満(時間外)	2,300円
	6歳未満(休日)	4,300円
	6歳以上(時間外・休日分給)	1,500円
	6歳以上(時間外)	2,700円
	6歳以上(休日)	3,800円
	接種	2,700円
接種	6歳未満(時間外・休日分給)	2,700円
	6歳未満(時間外)	3,400円
	6歳未満(休日)	4,800円
	6歳以上(時間外・休日分給)	2,000円
	6歳以上(時間外)	2,600円
	6歳以上(休日)	4,000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が一致する場合はチェック

No.	項目名	備考
①	施設等区分	医療機関は「1」、その他は「2」の記載を確認する
②	医療機関等コード	10桁の医療機関コードを正確かつ明瞭に記載する
③	請求年月	国保連合会に請求する月を記入する
④	請求件数、請求金額	各項目について、それぞれ請求件数・請求金額の集計を確認する。

市区町村別請求書【令和4年1月請求分以降】

〇〇〇市区町村長 様

① 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) ②

医療機関等名称

③ 年 月請求分 ④

区分	種類	請求件数	請求金額 (税込)	決定件数	決定金額 (税込)
手配のみ	0歳未満(時間外・休日分除く)				
	0歳未満(時間外)				
	0歳未満(休日)				
	0歳以上(時間外・休日分除く)				
	0歳以上(時間外)				
	小計				
接種	0歳未満(時間外・休日分除く)				
	0歳未満(時間外)				
	0歳未満(休日)				
	0歳以上(時間外・休日分除く)				
	0歳以上(時間外)				
	小計				
合計					

↑太枠内に記載すること

《単価(税抜き)》

手配のみ	0歳未満(時間外・休日分除く)	2,200円
	0歳未満(時間外)	2,400円
	0歳未満(休日)	4,300円
	0歳以上(時間外・休日分除く)	1,400円
	0歳以上(時間外)	2,200円
接種	0歳以上(休日)	3,600円
	0歳未満(時間外)	2,700円
	0歳未満(時間外)	3,400円
	0歳未満(休日)	4,800円
	0歳以上(時間外・休日分除く)	2,000円
	0歳以上(時間外)	2,800円
	0歳以上(休日)	4,200円

住所地名 接種分	対象

※医療機関等の所在地と接種対象者に市区町村の欄を必ず記入

No.	項目名	備考
①	市区町村番号	保険者番号ではなく、6桁の総務省全国地方公共団体コードの記載を確認する
②	医療機関等コード	10桁の医療機関コードを正確かつ明瞭に記載する
③	請求年月	国保連合会に請求する月を記入する
④	請求件数、請求金額	各項目について、それぞれ請求件数・請求金額の集計を確認する。

・予診票の記載に関する注意事項

- (1) 新型コロナワクチン接種に係る費用の請求については、国が示した予診票を使用すること。（コピー不可）
- (2) 請求総括書及び市区町村別請求書、予診票の医療機関コードには医療機関は341～，健診機関等は342～，介護保険施設は345～で始まる10桁のコードを記載すること（医療機関等コードを有さない医療機関等については，ワクチン接種契約受付システム（V-SYS）より付与された10桁のコード）。

良い例

医療機関等コード										
○	3	4	1	9	8	7	6	5	4	3

悪い例

医療機関等コード											
×				9	8	7	6	5	4	3	桁不足
×	3	4	1	9	8	7	6	5	4	3	不明瞭
×	3	4	1	9	8	7	6	5	4	3	桁はみ出し
×	3	4	1	9	8	7	6	5	4	3	不要文字記載

- (3) 予診票の原本を必ず国保連合会へ提出すること。
- (4) 予診票は必ず写しを撮って定められた期間（5年間）保存すること。

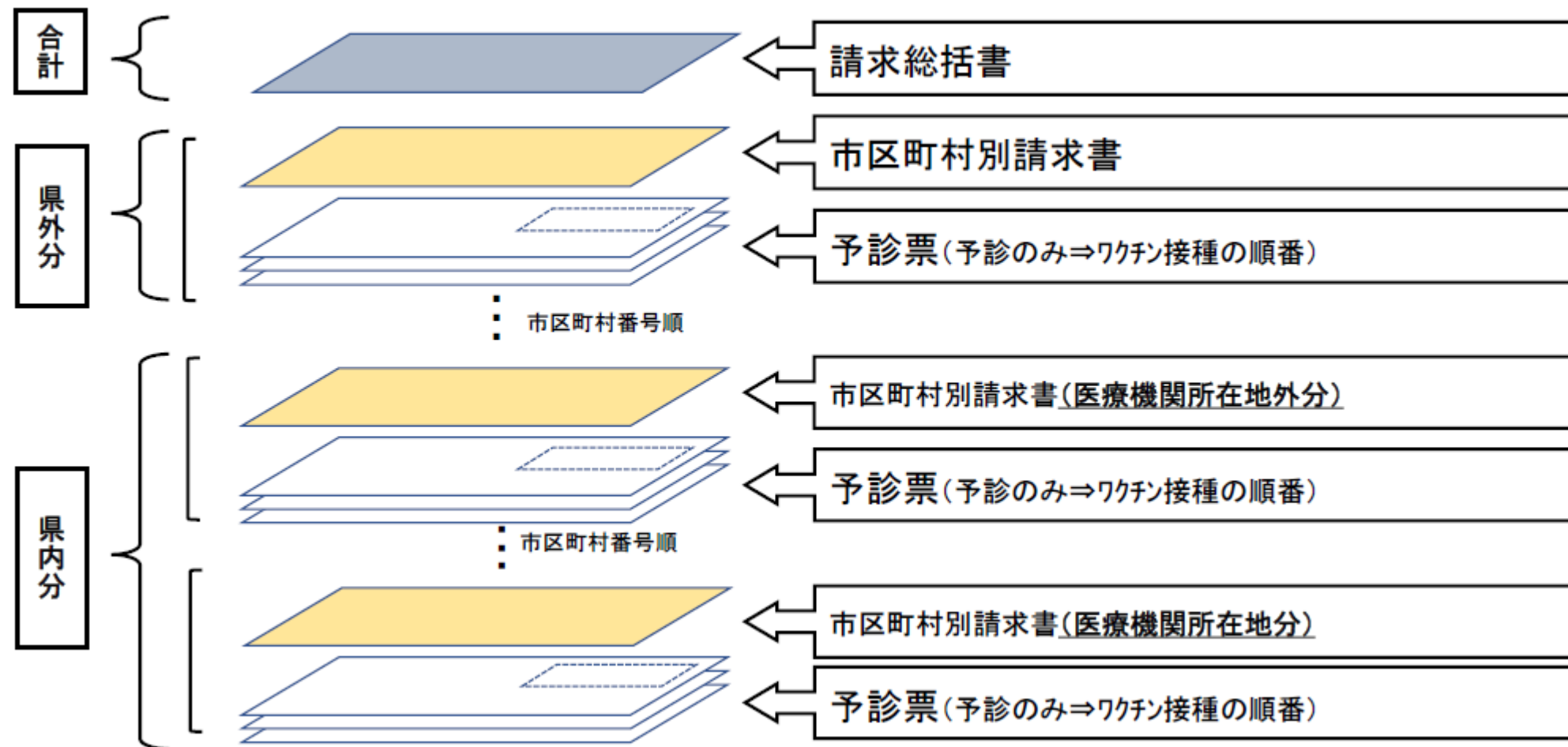
予診票【令和3年12月接種分以降】

新型コロナワクチン接種の予診票（追加接種用）
 ※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住所 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> 市 <input type="text"/> 区 <input type="text"/> 町 <input type="text"/> 丁目 <input type="text"/> 番 <input type="text"/> 号 <input type="text"/> 番地		氏名 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> 市 <input type="text"/> 区 <input type="text"/> 町 <input type="text"/> 丁目 <input type="text"/> 番 <input type="text"/> 号 <input type="text"/> 番地	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 <input type="text"/> 歳	体温 <input type="text"/> ℃
接種回数 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、何らかの病気に罹り、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()		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()	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()		けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。		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()	
これまでに予診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()		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。		2週間以内に予診接種を受けましたか。 種類() 受けた日()	
今日、今日の予診接種について質問がありますか。		医師署名又は記名押印		接種年月日	
接種希望 <input type="checkbox"/> 接種外(送付期間) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(接種未済) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備②		接種希望 <input type="checkbox"/> 接種を希望します <input type="checkbox"/> 接種を希望しません		接種券又は 保護者名	
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	
接種に合わせた準備		医師名		医療機関等コード	

No.	項目名	備考
①	クーポン券部分	・追加接種は基本的にプレ印刷となる ・予診のみの場合:「券種」2⇒1☑予診のみとする
②	住民票に記載されている住所	クーポン券記載の請求先と一致しているか
③	医師署名又は記名押印	記載漏れがないか
④	医療機関記入欄	・該当する項目(時間外・休日等)がある場合は、 マーク欄が塗りつぶされているか
⑤	被接種者又は保護者自署	記載漏れがないか
⑥	医療機関等コード	10桁の医療機関コードを正確かつ明瞭に記載しているか
⑦	接種年月日	記載漏れがないか 請求月と同一でないか 予診のみの場合は予診年月日を記載しているか
⑧	実施場所・医師名	記載漏れがないか
⑨	ワクチン名・ロット番号	券種との不一致がないか ロットシールを貼付しているか (予診のみの場合はロットシールは不要)

編綴順について



2. 国保連合会からの支払いについて

(1) 国保連合会は、実施機関から請求があった翌々月の28日に実施機関に費用を支払う。

ただし、28日が土日祝日である場合は、翌営業日に支払う。

(2) 本事業に係る費用の支払先は、原則として診療報酬等の振込口座と同一となるため、

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の提出は不要。

※ 医療機関等コードを有さない医療機関等については、届の提出が必要

新型コロナウイルスワクチン接種 の請求に関するお問合せ窓口

広島県国民健康保険団体連合会
〒730-8503 広島市東白鳥町19番49号 国保会館
審査管理課(新型コロナウイルスワクチン担当)
TEL082-554-1766
審査管理課(管理係)
TEL082-554-0775

