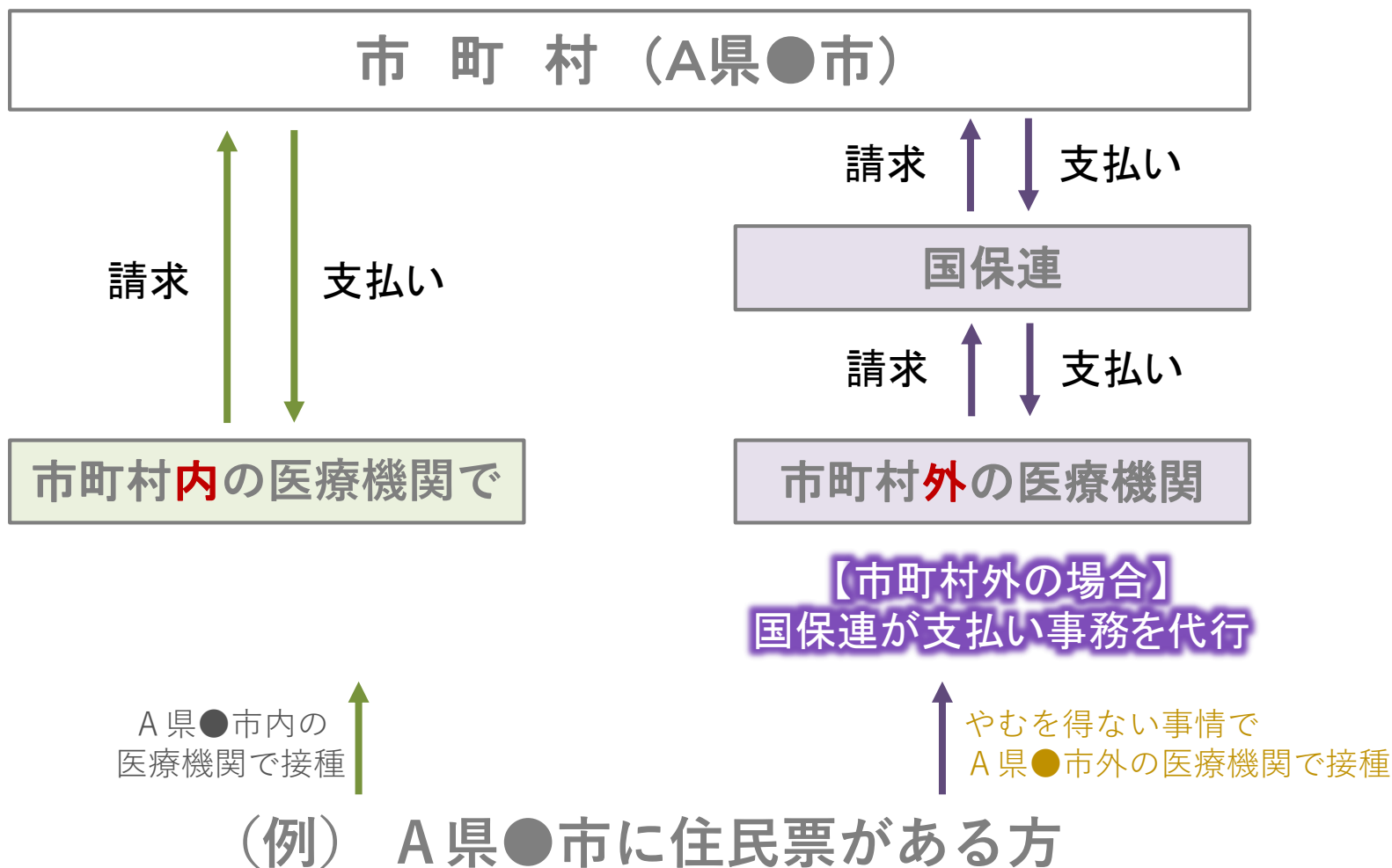


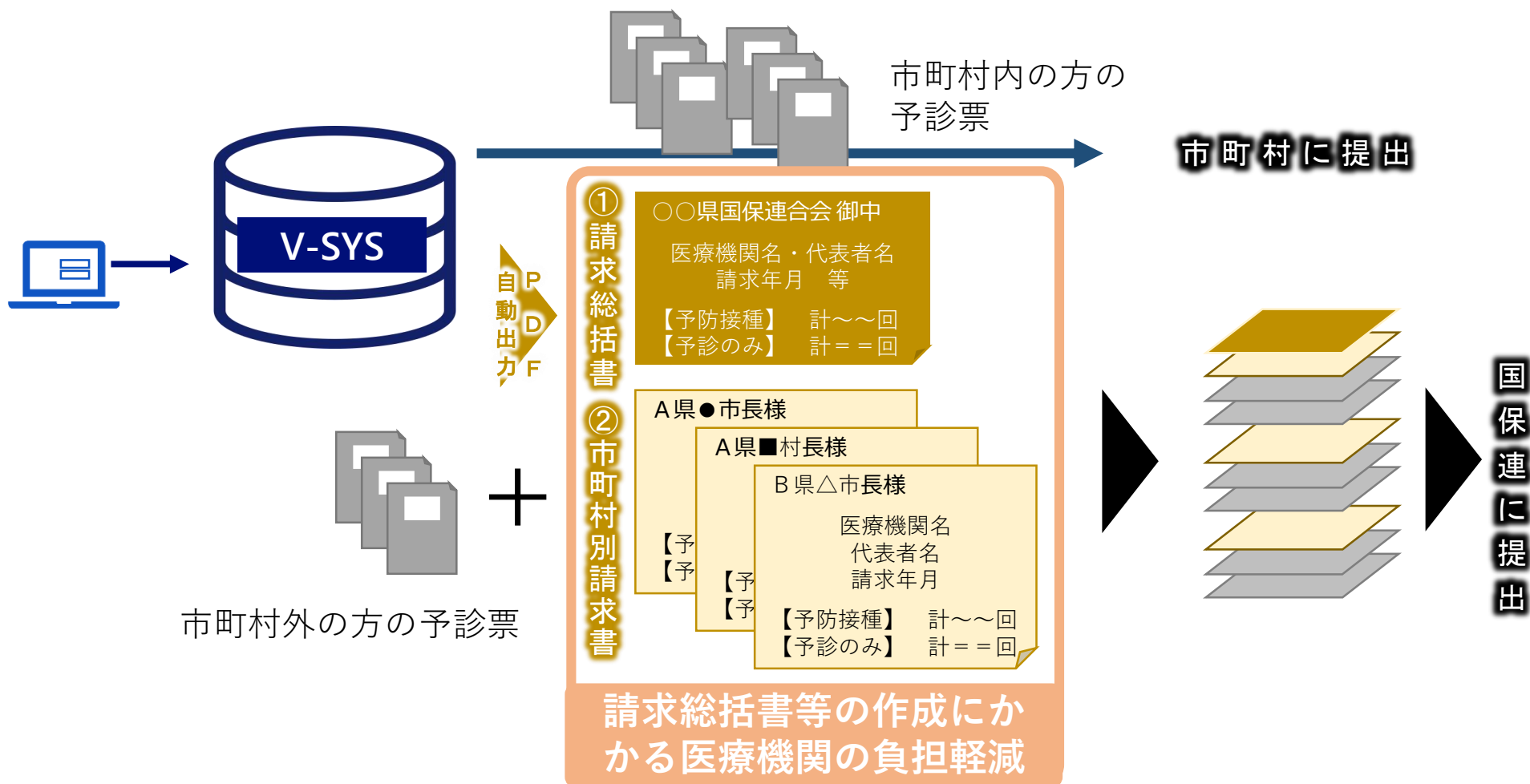
新型コロナウイルスワクチン接種の費用の請求・支払の概要

- 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・支払いする。
- 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。



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

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

< 市区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

V-SYS上の入力画面のイメージ

厚生労働省
厚生二部:医療機関(独自予約)

千代田区A病院

予約の受付情報の変更

予約可能 (checked) 残り少数 予約受付不可

予約不要 未登録

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

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

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

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)

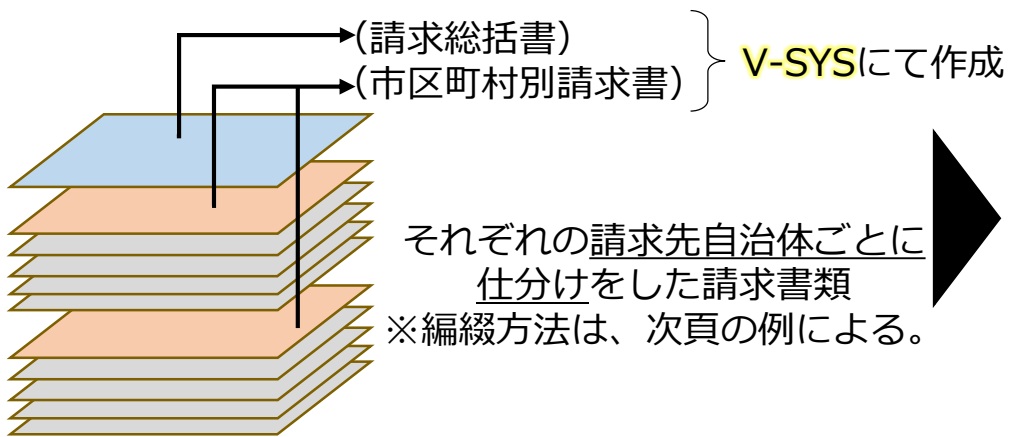
医療機関の請求方法

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。

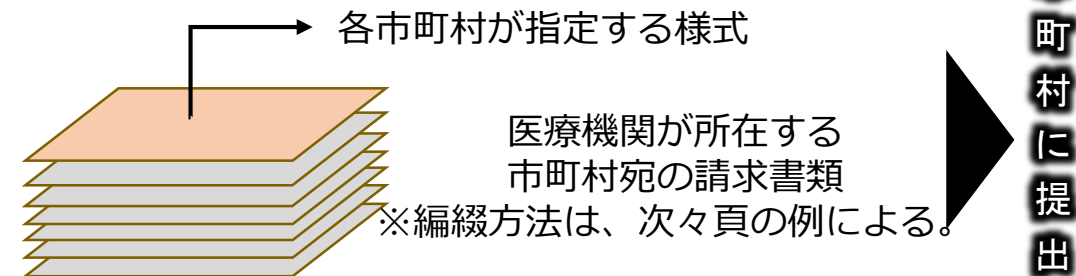
- ① 通常地域：医療機関が所在する市町村以外の請求は国保連に対して、医療機関と同一市町村の請求は直接市町村へ、請求書・予診票を提出
- ② 同一市町村内の請求も国保連で受け付ける地域：国保連に対して、全ての市町村分の請求書・予診票を提出

① 通常地域

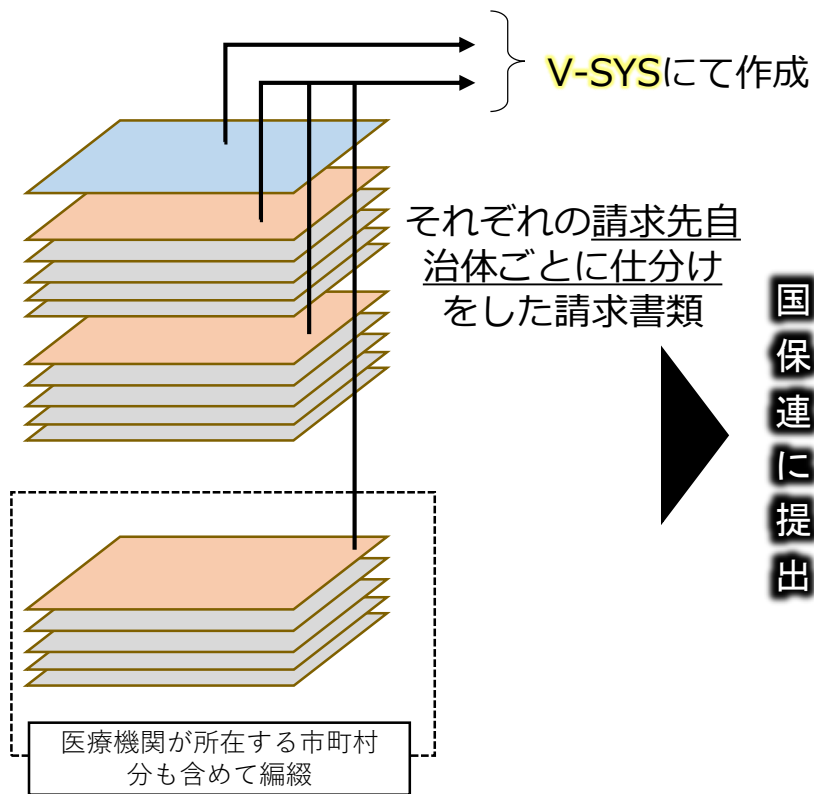
医療機関が所在する市町村以外の請求



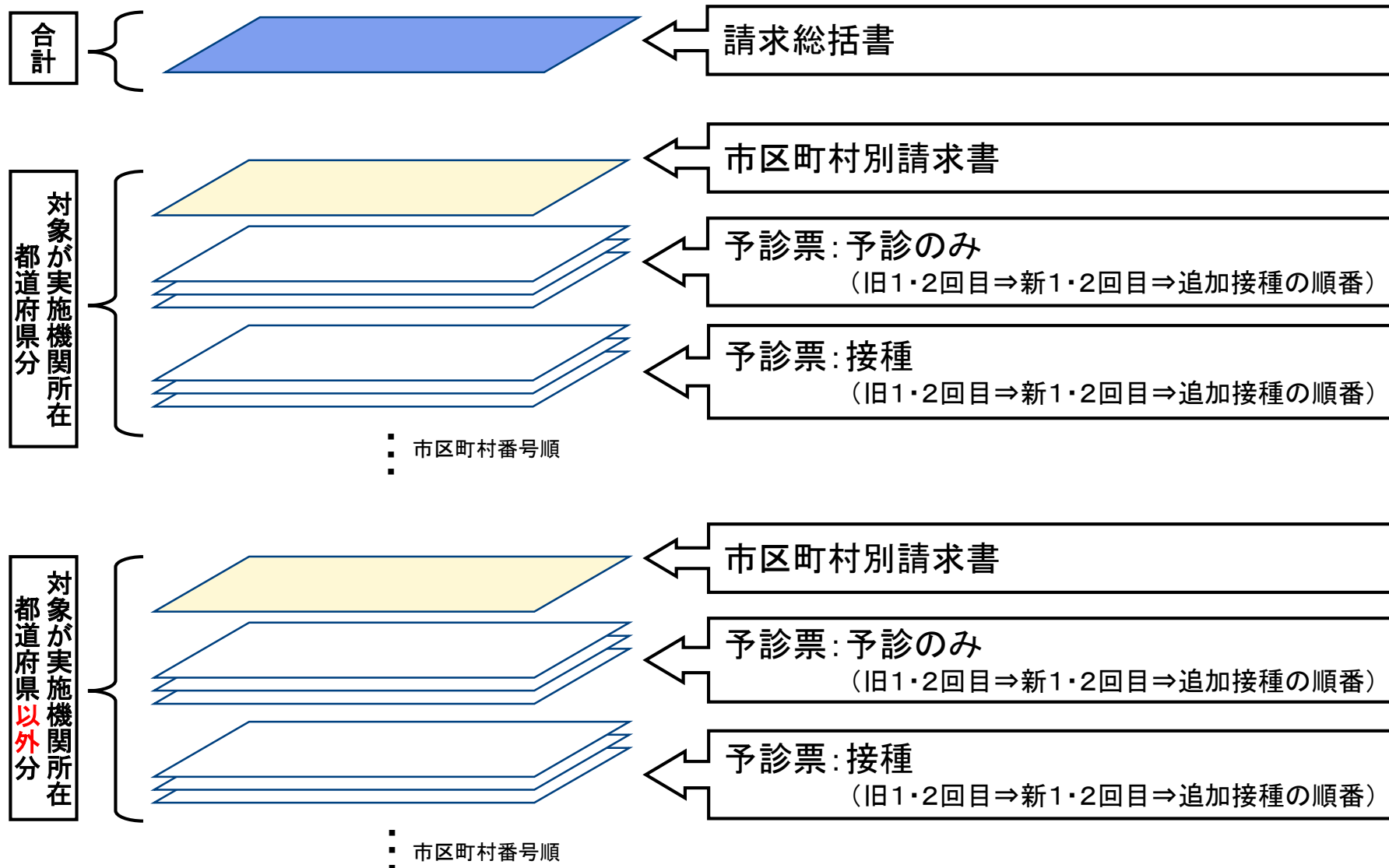
医療機関が所在する市町村の請求



② 同一市町村内の請求も国保連で受け付ける地域



医療機関等における国保連合会への請求時の編綴方法（追加接種開始以降）



※国保連合会において、市区町村別請求書の請求件数と予診票の枚数等を突合する。

費用の請求・支払い ～接種費用、時間外・休日加算分～

- 1、2回目接種では、医療機関所在地と同じ市区町村に居住する者の接種費用については当該市区町村へ、それ以外は国保連合会へ請求している。また、時間外・休日加算については、医療機関所在地の市区町村に別途請求している。
- 12月接種分からは、該当市区町村又は国保連合会に対し、接種費用の請求と一体的に時間外・休日加算分も請求する。**1、2回目接種分についても、予診票を変更し、時間外、休日加算分と接種費用を一体的に請求**する。
- 医療機関等が、費用請求する先等は以下のとおり。

これまで（1、2回目接種）

被接種者	請求費用	提出書類	請求先	備考
医療機関所在地と同じ市区町村に居住する者	接種費用	市区町村別請求書 予診票	市区町村	医療機関向け手引き等参照
医療機関所在地と異なる市区町村に居住する者	接種費用	請求総括書 市区町村別請求書 予診票	国保連合会	医療機関向け手引き等参照
全ての者	時間外・休日加算	請求書 実績報告	市区町村	令和3年6月23日付け事務連絡参照

12月接種分から（1～3回目接種）

被接種者	請求費用	提出書類	請求先	備考
医療機関所在地と同じ市区町村に居住する者	接種費用 時間外・休日加算	市区町村別請求書 接種券一体型予診票	市区町村	医療機関向け手引き等参照
医療機関所在地と異なる市区町村に居住する者	接種費用 時間外・休日加算	請求総括書 市区町村別請求書 接種券一体型予診票	国保連合会	医療機関向け手引き等参照

※医療機関等が旧予診票を使用した場合は、時間外・休日加算分の請求は市区町村に行う。

(参考) 2021年12月以降の予診票様式

- 令和3年12月1日から新しい予診票を使用する。

新1・2回目用予診票

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印を入れてください。

(1・2回目用) と明示

接種回数に応じ、「1」または「2」が印字

住所(記載されている住所)	都道府県 2 () 市区町村 1 ()
フリガナ	〒1234567890
氏名	231234561234567890
生年月日(高麗)	性別 男・女 診察前の体温 度 分

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()	<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()		
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(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

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

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。(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預備団体に提出されることに同意します。

接種者又は保護者(自署) 年 月 日 保護者(自署)

接種者又は保護者(自署) 年 月 日 保護者(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	医療機関等コード
シール貼付位置	ml	医師名	接種年月日 ※記入欄 4月1日~4月31日
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください			2022年 月 日

追加接種用予診票

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 (追加接種用)

※太枠内にご記入またはチェック印を入れてください。

(追加接種用) と明示

「3」が印字

住所(記載されている住所)	都道府県 2 () 市区町村 3 ()
フリガナ	〒1234567890
氏名	231234561234567890
生年月日(高麗)	性別 男・女 診察前の体温 度 分

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()	<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()		
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(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

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

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。(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預備団体に提出されることに同意します。

接種者又は保護者(自署) 年 月 日 保護者(自署)

接種者又は保護者(自署) 年 月 日 保護者(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	医療機関等コード
シール貼付位置	ml	医師名	接種年月日 ※記入欄 4月1日~4月31日
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください			2022年 月 日

(参考) 2021年12月以前のものからの変更点

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

生年月日(西暦) 年 月 日 日生(満 歳) 男・女 診察前の体温 度 分

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: 年 月 日、2回目: 年 月 日) はい 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。 はい 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。 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
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()

治療内容: 血をサラサラにする薬() 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() 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。
薬・食品など原因になったもの() はい 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() はい 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。 はい いいえ

2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日() 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・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。
 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)

医師署名又は記名押印

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。
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。

年 月 日 被接種者又は保護者自署

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

医師記入欄 シール貼付位置 接種量 ml 医師名

※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 医師記入欄 2021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 (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

生年月日(西暦) 年 月 日 日生(満 歳) 男・女 診察前の体温 度 分

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) はい 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。 はい 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。 はい 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: 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
毛細血管漏出症候群 その他()

治療内容: 血をサラサラにする薬() 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() 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。
薬・食品など原因になったもの() はい 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() はい 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。 はい いいえ

2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日() 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・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。
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。

年 月 日 被接種者又は保護者自署

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

医師記入欄 シール貼付位置 接種量 ml 医師名

※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 医師記入欄 2021年 月 日

プレプリントの場合がある

質問の改定

チェック欄を追加

予診票の旧様式から新様式への切り替え～

- 11月30日以前の接種分については、旧様式を用い、12月1日以降の接種分については、新様式を用いてください。
- 12月1日以降に1、2回目接種を行う場合には、被接種者の持参した予診票が使用できない場合があります。

	使用する 予診票	請求書類 提出日 ^(※)	時間外・休日加算の請求先
11月30日以前 の接種分	旧様式	12月10日	医療機関の所在する 市町村
12月1日以降 の接種分	新様式	1月11日	被接種者の 住民票所在地

※ 独自の取り決めがある場合にはこの限りではない

12月1日以降に、1、2回目接種を行う場合には、予診票のチェック欄があるかを 確認してください

医療機関 記入欄	<input type="radio"/> 時間外(受付時間 :)	<input type="radio"/> 休日	<input type="radio"/> 小児(6歳未満)	<input type="radio"/> 予備①	<input type="radio"/> 予備②
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。(<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。					
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		
	シール貼付位置	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ml	実施場所		
	※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		2020年 月 日			

12月1日以降の接種分については、
医師記入欄のチェック欄の無い予診票を
使うことができません

(参考) V-SYSから出力される新・旧の請求総括書

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 : 〇〇県〇〇市△-△-△
 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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

医療機関等名称 : 診療所

2022年4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(時間外・休日分除く)	0	0		
	6歳未満(時間外)	0	0		
	6歳未満(休日)	0	0		
	6歳以上(時間外・休日分除く)	0	0		
	6歳以上(時間外)	0	0		
	6歳以上(休日)	0	0		
	小計	0	0		
接種	6歳未満(時間外・休日分除く)	0	0		
	6歳未満(時間外)	0	0		
	6歳未満(休日)	0	0		
	6歳以上(時間外・休日分除く)	100	217,350		
	6歳以上(時間外)	50	147,000		
	6歳以上(休日)	5	22,050		
	小計	155	386,400		
合計		155件	386,400円		

↑太枠内に記載すること

《単価(税抜き)》

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)	4,330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)	3,460円
	6歳未満(休日)	4,860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 接種分含む	対象
	✓

※医療機関等の所在地と請求先を
含む場合はチェック

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) :

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	5	11,385		
	小計	5	11,385		
合計		5件	11,385円		

1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先を
含む場合はチェック



新様式は、**1月請求分から**V-SYSで出力できるようになります！

(参考) V-SYSから出力される新・旧の市区町村別請求書

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 : 〇〇県〇〇市△-△-△

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

医療機関等番号(10桁) :

医療機関等名称 : □□診療所

2021年4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(時間外・休日分除く)	0	0		
	6歳未満(時間外)	0	0		
	6歳未満(休日)	0	0		
	6歳以上(時間外・休日分除く)	0	0		
	6歳以上(時間外)	0	0		
	6歳以上(休日)	0	0		
	小計	0	0		
接種	6歳未満(時間外・休日分除く)	0	0		
	6歳未満(時間外)	0	0		
	6歳未満(休日)	0	0		
	6歳以上(時間外・休日分除く)	50	108,675		
	6歳以上(時間外)	20	58,800		
	6歳以上(休日)	10	44,100		
	小計	80	211,575		
合計		80件	211,575円		

↑太枠内に記載すること

《単価(税抜き)》

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)	4,330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)	3,460円
	6歳未満(休日)	4,860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 接種分	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

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	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)》

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先が
同じ市区町村の場合はチェック



新様式は、**1月請求分から**V-SYSで出力できるようになります！

医療機関等から時間外・休日加算の市区町村への請求方法（医療機関等が旧予診票で費用請求する場合）

- 医療機関等において、**旧予診票を用いて費用請求する場合は**、時間外・休日加算と一体的に請求できないため、**接種費用とは別に市区町村に請求する**こととなる。
- 時間外・休日加算の請求については、「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日事務連絡）に基づく。
- 医療機関が所在する市区町村に対し、請求書及び実績報告書を提出し請求する。

請求方法

<請求先>

医療機関が所在する市区町村
(被接種者の居住地に依らない)

<提出物>

○請求書

医療機関情報（名称、開設者氏名、診療時間等）、請求金額、振込口座情報等を記載

○実績報告書

請求金額の内訳として日ごとの実績等を記載

<請求書>

様式 1			
年 月 日			
様		医療機関等名称	
		開設者氏名	
		電話番号	
コロナウイルスワクチン接種の時間外及び休日対応に係る請求書			
8月1日から10月2日の期間において、別紙報告書のとおりコロナウイルスワクチンの接種を実施したため、以下のとおり請求する。			
請求金額			
内訳			
8月1日から10月2日の間			
	接種回数 (予診票のみを基準とする)	加算単価	加算額(税抜き)
時間外	回	730円	円
休日接種回数	回	2,130円	円
加算額(税込み)			
円			
(参考) 標榜する診療時間			
日			
月			
火			
水			
木			
金			
土			
備考			
金融機関コード		支店コード	
金融機関名		支店名	
預金種別		口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

(補足) ワクチン接種に関する費用の請求書の作成時の注意点

請求総括書及び市区町村別請求書の代表者氏名欄が印字されない場合があります。

- V-SYS上に登録されている医療機関の情報に代表者氏名が記載されていない場合は、請求総括書及び市区町村別請求書の代表者氏名が印字されません。
ですので、別添を参照の上、**請求総括書等を作成する前にV-SYS上に代表者名を登録**してください。
- 上記作業が間に合わなかった場合は、出力された請求総括書及び市区町村別請求書の**代表者氏名欄に手書きで記入**してください。

(参考) V-SYSを用いた代表者名の登録方法



2 編集 をクリック

3 代表者名を登録してください

請求総括書等の代表者名に引用されます。

医療機関・接種会場の編集

申請・保存

キャンセル

▼ 情報

施設分類 1: 病院

ファクシミリ

ホームページ

ディープフリーザー(-75℃)(台)

ディープフリーザー(-20℃)(台)

駐車場(例:10台)

納入先施設名 ○○病院

納入先郵便番号(000-0000) 000-0000

納入先住所 中央区△△1-1-1

予約空き状況 ※ ×: 予約受付不可

予約空き状況更新日時 [2021/04/04 19:47]

▼ 医療機関情報(受付システム)

保険医療機関コード 1234567890

介護保険事業所番号 0

医療機関・接種会場名 ※ ○○病院

代表者名 代表 太郎

郵便番号(000-0000) ※ 000-0000

市町村 ※ 東京都中央区

町名・番地 ※ △△1-1-1

代表電話番号 000-1234-5678

集合契約加入日 2021/02/12 [2021/04/04]