

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）

鳥取市、米子市、中部圏域については国保連合会

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）

鳥取市、米子市、中部圏域については国保連合会

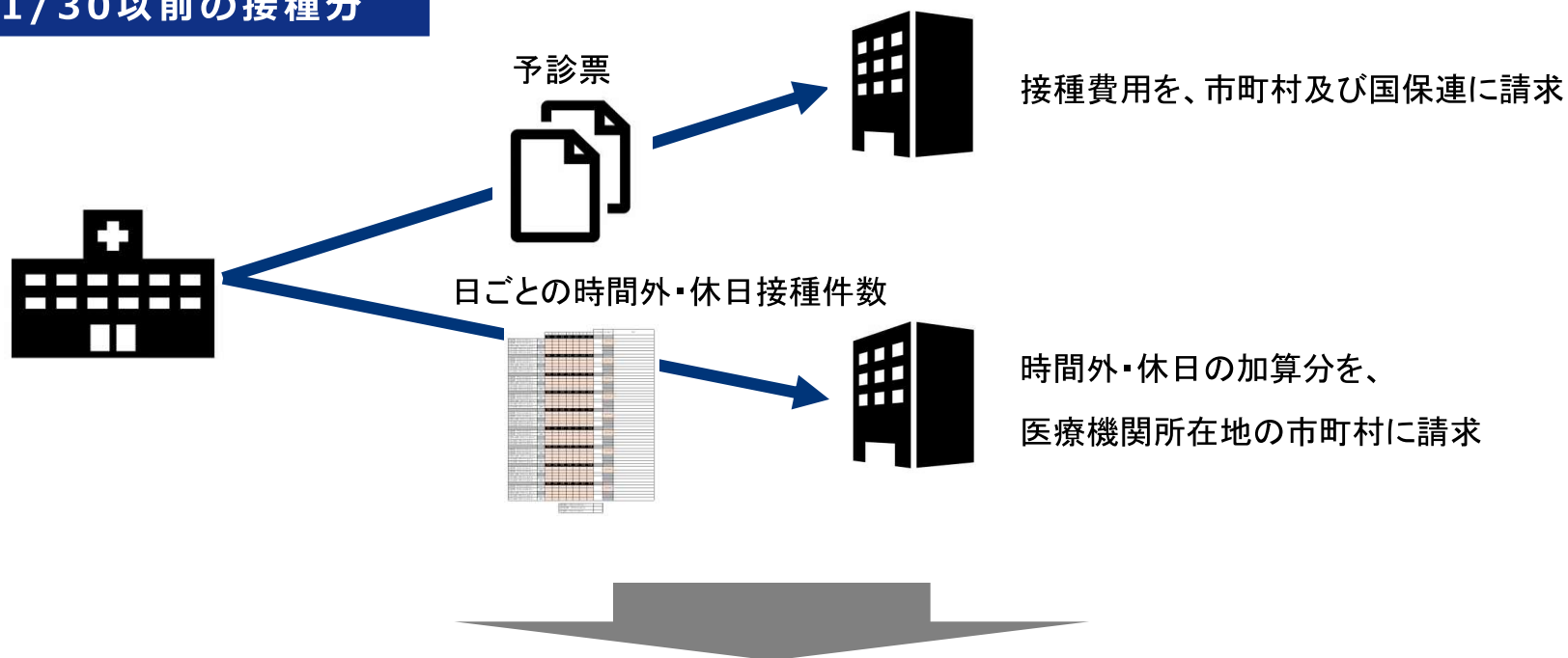
被接種者	請求費用	提出書類	請求先	備考
医療機関所在地と同じ市区町村に居住する者	接種費用 時間外・休日加算	市区町村別請求書 接種券一体型予診票	市区町村	医療機関向け手引き等参照
医療機関所在地と異なる市区町村に居住する者	接種費用 時間外・休日加算	請求総括書 市区町村別請求書 接種券一体型予診票	国保連合会	医療機関向け手引き等参照

※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く。

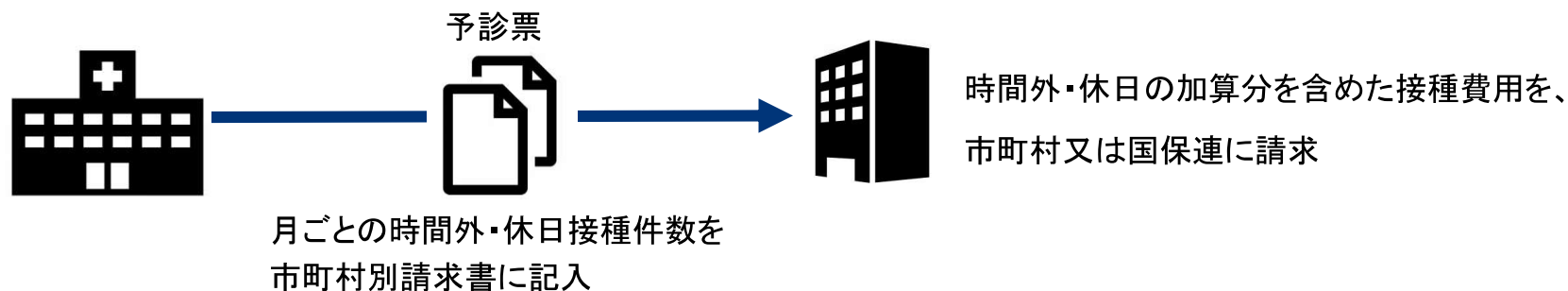
費用の請求・支払い

～予診票の旧様式から新様式への切り替えに伴う請求方法の変更～

11/30以前の接種分



12/1以降の接種分



費用の請求・支払い ～旧様式と新様式の違い～

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。

住所欄に記載されている住所
都 道 市 区 町 村 府 県

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
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。
[接種後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。
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。

接種者又は保護者自筆
年 月 日
(白字で記入。白字で記入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16歳未満の場合は保護者自筆、成年被接種者の場合は本人又は成年被接種者自筆)

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。

医師記入欄
シール貼付位置
※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

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。

住所欄に記載されている住所
都 道 市 区 町 村 府 県

氏 名
フリガナ

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
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) 接種を受けたワクチン()

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。
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。

接種者又は保護者自筆
年 月 日
(白字で記入。白字で記入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16歳未満の場合は保護者自筆、成年被接種者の場合は本人又は成年被接種者自筆)

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。

医師記入欄
シール貼付位置
※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

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

費用の請求・支払い ～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="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
-------------	---------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	------------------------------	------------------------------

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

(※自署できない場合は代筆者が署名し、
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被

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"/> ml	実施場所	医療
	※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

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

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

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。

住所: 東京都 豊島区 豊島
氏名: 厚生 太郎
生年月日: 2000年 00月 00日

接種事項: 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

医師記入欄: 接種を受けたワクチン()
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。
[新型コロナウイルスの説明書]を読んだ、効果や副反応などについて理解しましたか。

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()

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()
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。

医療機関記入欄: 時間外(受付時間) () 休日 () 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。()
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。

ワクチン名・ロット番号: ()
接種場所: ()
医師名: ()
接種年月日: 2022年 00月 00日

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: ()

3回目
接種年月日: 年 月 日
接種場所: ()

メーカー/Lot No. (シール貼付け)

氏名: 厚生 太郎
住所: 〇〇県〇〇市〇〇 999-99
生年月日: 〇〇年 〇〇月 〇〇日 生

〇〇県〇〇市長

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)

新型コロナワクチン接種記録書
Record of Vaccination for COVID-19

3回目
接種年月日: 年 月 日
接種会場: ()

氏名: ()
住所: ()
生年月日: 年 月 日
接種券番号: ()

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)

氏名等は
被接種者が記入

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

製品名: ()
製造番号: XXXXXX
最終有効年月日: 20XX/XX/XX
製造販売: メーカー名

QRコード

メーカーが提供する
シールのイメージ

③ 予診票に貼付

製品名: ()
製造番号: XXXXXX
メーカー名: ()
最終有効年月日: 20XX/XX/XX

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

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③～

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☑を入れてください。

住所 〒 都道府県 市区町村	氏名 フリガナ 姓 名 生年月日 (西暦) 年 月 日 日生 (満 歳) 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	診察前の体温 度 分
質問事項 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 接種を受けたワクチン()	回答欄 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	医師記入欄
現時点で住民票のある市区町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市区町村は同じですか。 [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。 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()	<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() 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() これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在 公認 今日		
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について説明した。		
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		
新型コロナウイルス接種希望書 医師の説明を受け、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"/> 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。	接種者又は保護者自筆 年 月 日	
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 (西暦) 年 月 日 医師記入欄 ※枠に合わせて必ずここに貼り付けてください (注)有効期間が切れている接種券	接種場所 医師名 接種年月日 (西暦) 年 月 日 医師記入欄	医療機関コード

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

接種券	診察した接種できない場合	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 (予診のみ) 3 回目 請求先 ○○県○○市 123456 券番号 1234567890 氏名 厚生 ●●●●●●●● 太郎	券種 1 (予診のみ) 3 回目 請求先 ○○県○○市 123456 券番号 1234567890 氏名 厚生 ●●●●●●●● 太郎	3回目 接種年月日 年 月 日 接種場所 メーカー/Lot No. (シール貼付)
<p>接種を受ける方へ</p> <ul style="list-style-type: none"> ●シールは剥がさずに、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。 		
製品名 製造番号:XXXXXX 最終有効年月日:20XX/XX/XX 製造販売:メーカー名		氏名 厚生 太郎 住 所 ○○県○○市○○ 999-99 生年月日 ○○年 ○○月 ○○日 生 ○○県○○市長

⑤ 接種済証に貼付

メーカーが提供するシールのイメージ

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

③ 予診票に貼付

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

⑥ 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 ～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)：9999999999

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	〇〇〇〇		
	6歳以上(時間外)	50	〇〇〇〇		
	6歳以上(休日)	5	〇〇〇〇		
	小計	155	〇〇〇〇		
合計		155件	〇〇〇〇円		

↑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)	4,960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)：9999999999

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		

↑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！

費用の請求・支払い ～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

9	9	9	9	9	9
---	---	---	---	---	---

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) :

9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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	〇〇〇〇		
	6歳以上(時間外)	20	〇〇〇〇		
	6歳以上(休日)	10	〇〇〇〇		
小計		80	〇〇〇〇		
合計		80件	〇〇〇〇 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
接種	6歳以上(休日)	3,670円
	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)	2,900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

神奈川県横浜市市長 様

市区町村番号

1	4	1	0	0	3
---	---	---	---	---	---

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) :

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	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

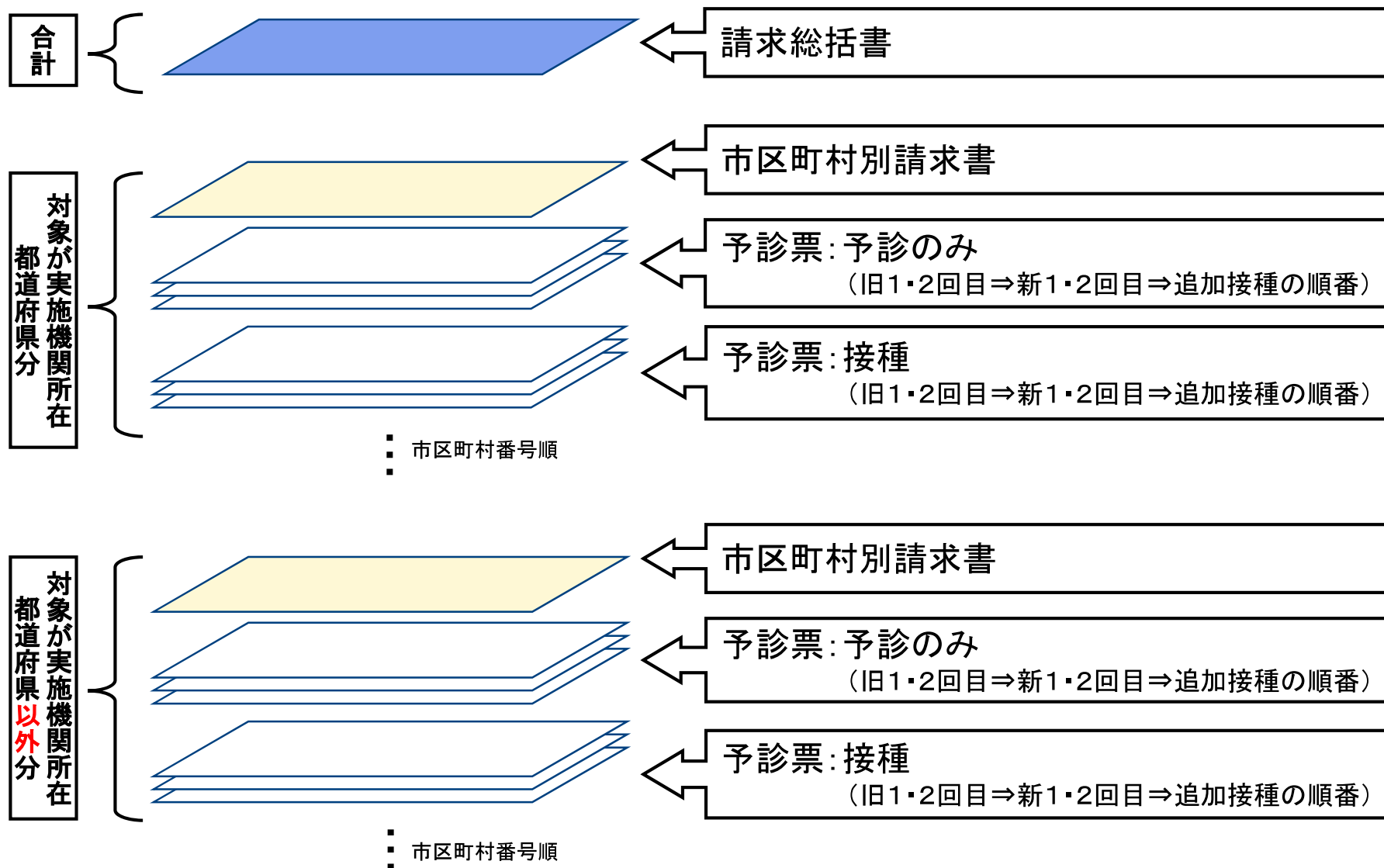
住所市内 接種分	対象
	✓

※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！

費用の請求・支払い

～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

～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 (予診のみを記入)	加算単価	加算額(税抜き)	加算額(税込み)		
時間外	回	730円	円	円		
休日接種回数	回	2,130円	円	円		
(参考) 標榜する診療機関						
	日					
	月					
	火					
	水					
	木					
	金					
	土					
	日					
	備考					
医療機関コード		支店コード				
医療機関名		支店名				
預金種別		口座番号				
フリガナ						
口座名義人						