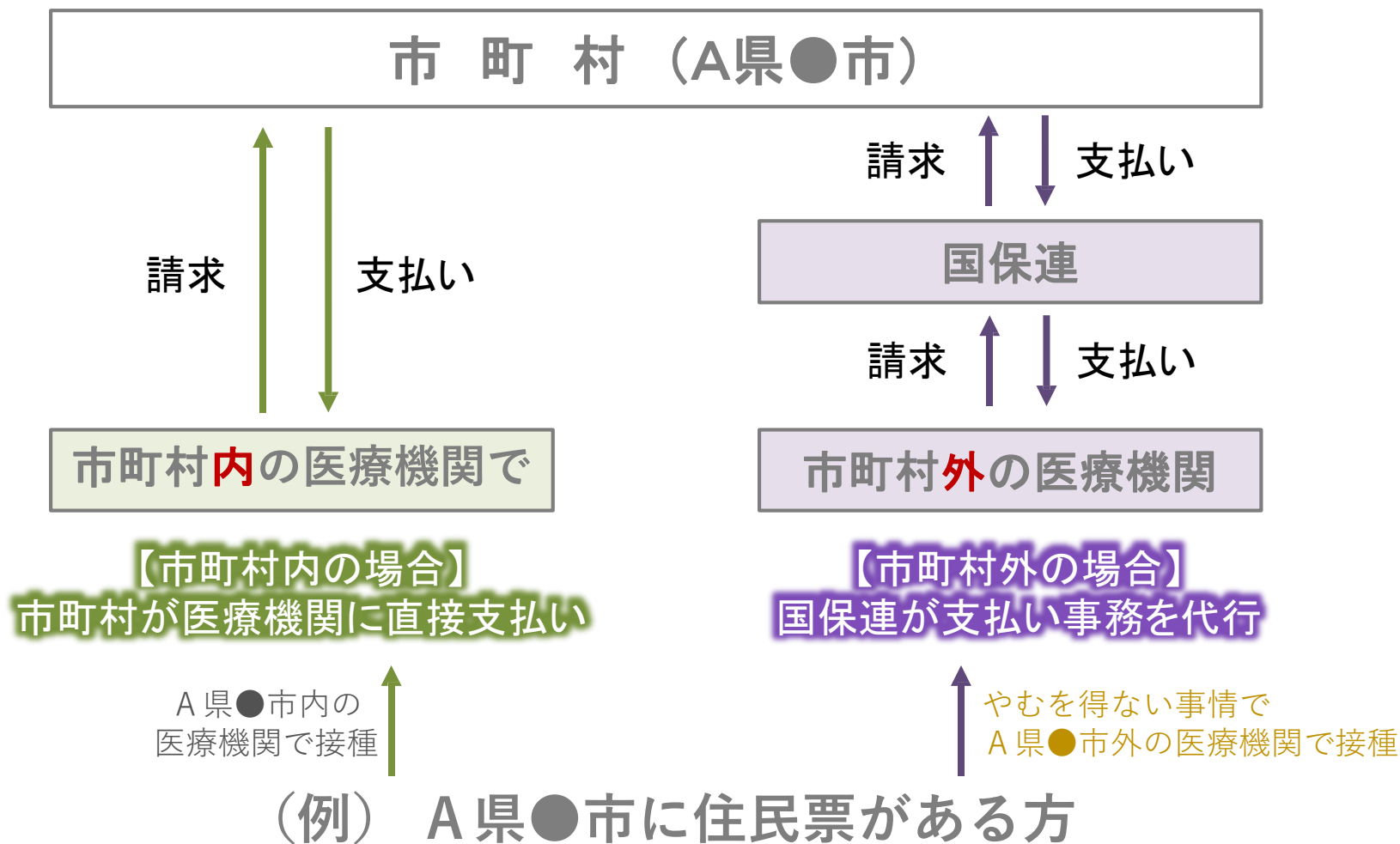


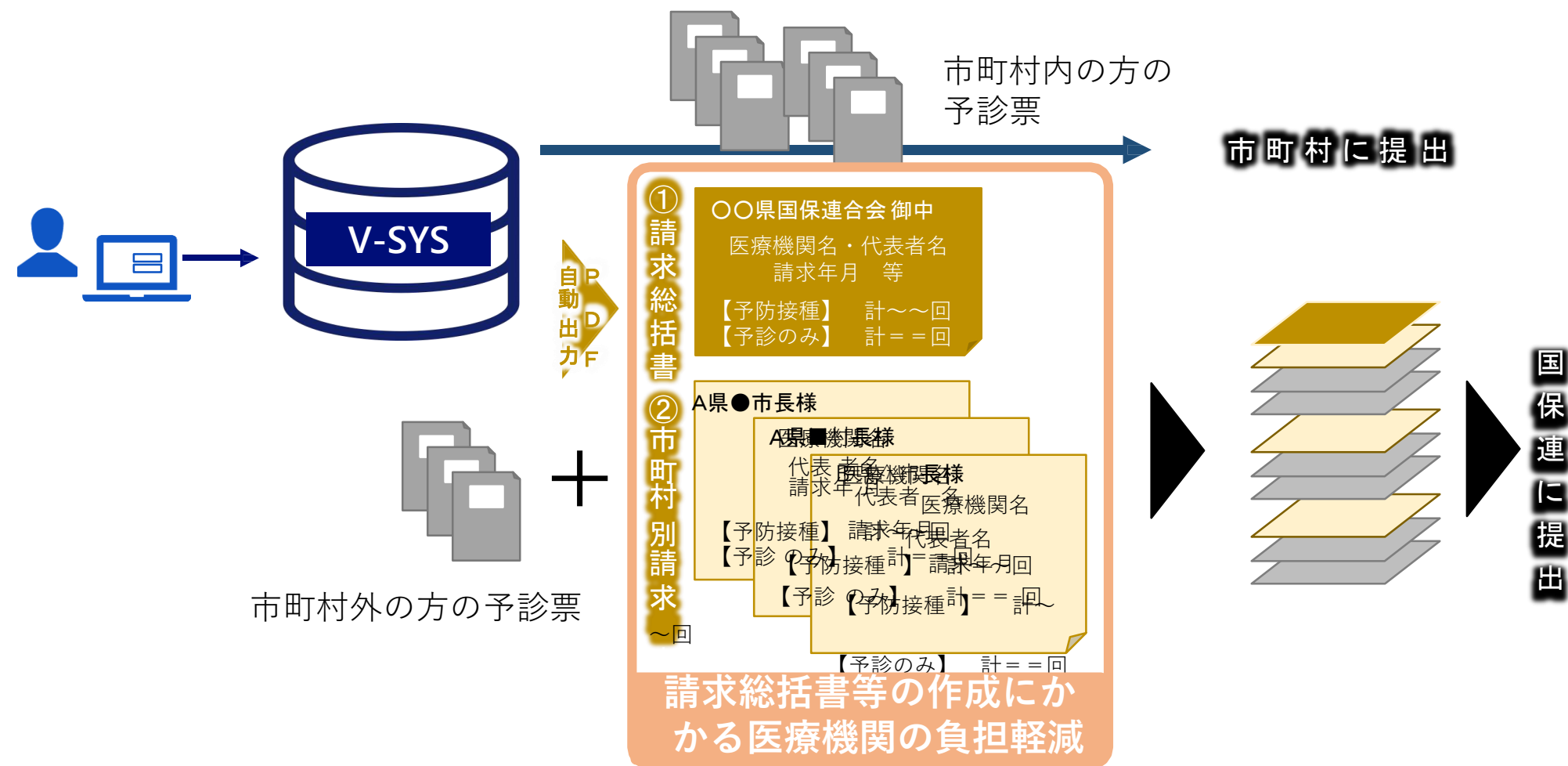
新型コロナウイルスワクチン接種の費用の請求・支払の概要

- 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・支払う。
- 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。



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 ■■■■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)：99999999999999
 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) 》

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先が
 異なる場合はチェック

市区町村別請求書 (v-sysで出力)

■■■■県 ■■■■市長 様

市区町村番号 ■■■■■■■■

医療機関等の所在地：■■■■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)：99999999999999
 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	50	113,850		
	小計	50	113,850		
合計		50件	113,850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

※医療機関等の所在地と請求先が
 異なる場合はチェック

(参考) 予診票

新型コロナワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック(※)を入れてください。

※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)

氏名	性別	年齢	誕生日	診察前の体温	度	分
氏名	男・女	歳	年 月 日			

接種回数
 1回目： 月 日、2回目： 月 日

接種したワクチンの種類
 はい いいえ

現時点で住居のある市町村と、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

接種部位の上位となる対象グループに該当しますか。
 はい いいえ

医師が接種を希望する理由(病名)：
 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()

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

これまでで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)がありますか。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

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 中止
 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。
 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。 被接種者又は
 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、 年 月 日 保護者自筆
 ※医療機関等の所在地と請求先が異なる場合はチェック

ワクチン名・ロット番号 接種量 実施場所 接種年月日 接種機関コード
 シールを貼付する
 ※時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る場合は
 ml 医師名
 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
 2022年 月 日

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 - S Y S 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

予約可能 残り少数 予約受付不可

予約の受付情報の変更

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

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)



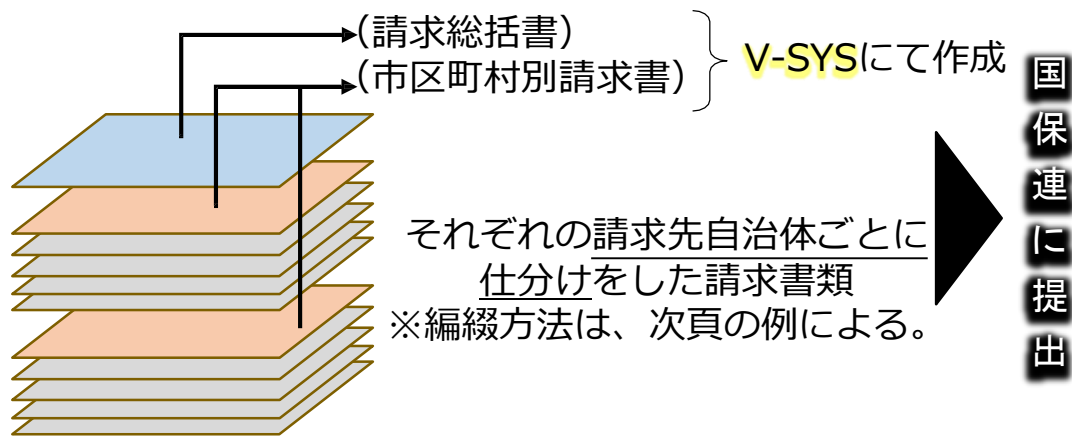
医療機関の請求方法

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。

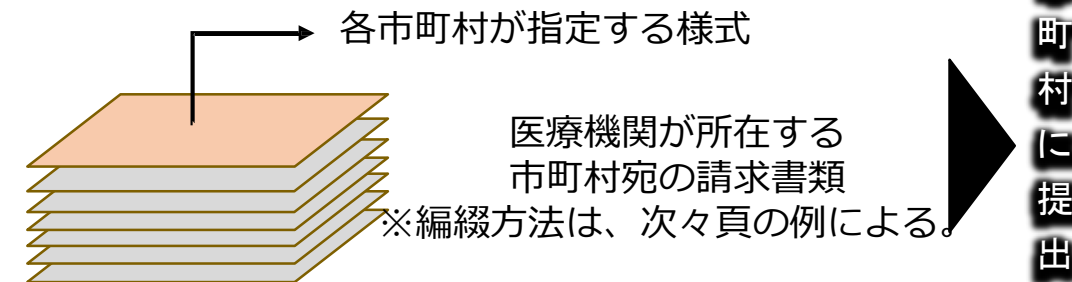
- ①通常地域：医療機関が所在する市町村以外の請求は国保連に対して、医療機関と同一市町村の請求は直接市町村へ、請求書・予診票を提出
- ②同一市町村内の請求も国保連で受け付ける地域：国保連に対して、全ての市町村分の請求書・予診票を提出

①通常地域

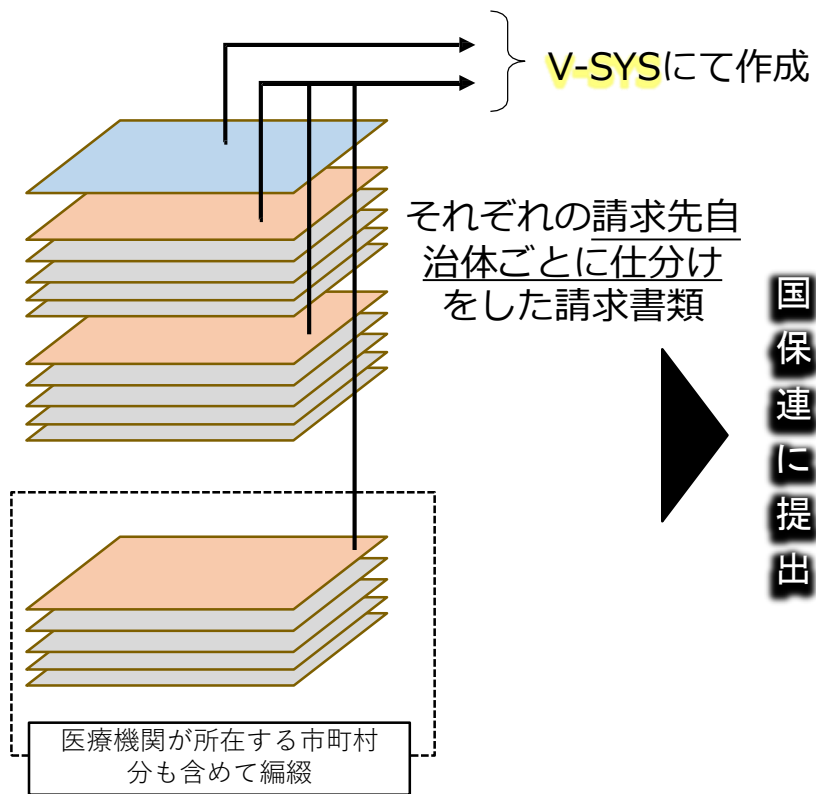
医療機関が所在する市町村以外の請求



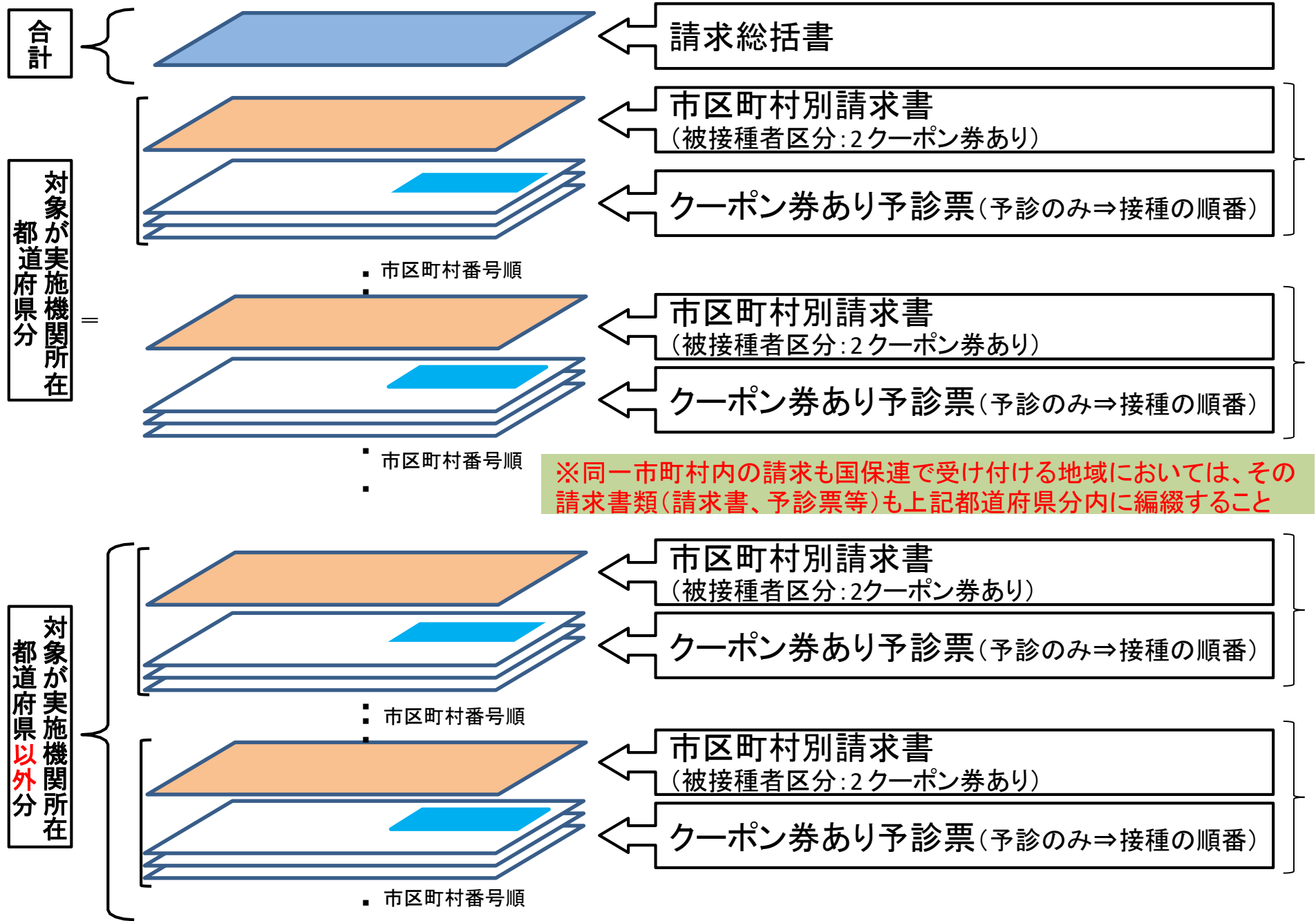
医療機関が所在する市町村の請求



②同一市町村内の請求も国保連で受け付ける地域



実施機関における国保連への請求時の編綴方法



クーポンありとは、市町村が発行した接種券(クーポン)を予診票の右上に貼付したもので、住民接種用に使用されるもの

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 生(満 歳)	診察前の体温

※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)

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: 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() 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	
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"/> 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)	

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

(※未成年者の場合は代理者が署名し、代理者氏名及び「被接種者との関係を記載」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	接種量	実施場所	実施年月日	医師名
シール貼付位置	<input type="checkbox"/> ml	実施場所	接種年月日	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(※記入例) 4月1日→04月01日	
(注)有効期限が切れていないか確認			2022年 月 日	

接種券を貼り付ける

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。

V-SYS 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

▼ 情報

施設分類

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

納入先郵便番号(000-0000)

納入先住所

予約空き状況 ※

予約空き状況更新日時

▼ 医療機関情報(受付システム)

保険医療機関コード

介護保険事業所番号

医療機関・接種会場名 ※

代表者名

郵便番号(000-0000) ※

市町村 ※

町名・番地 ※

代表電話番号

集合契約加入日 [2021/04/04]

V-SYSにて出力される請求総括書・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: 1

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

住所所在地 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

施設等区分: 1 ケーボン券なし / 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

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

住所所在地 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

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。