

新型コロナウイルスワクチン接種請求時の注意事項（請求総括書）

- ① 施設区分
「2」
※V-SYS で出力された請求総括書の施設等区分が「2」であることを確認してください。
- ② 医療機関等番号（10桁）
職域接種の費用請求においては、既に保険医療機関コードを有している医療機関も含め、職域接種用に付番された類似コード（※090 で始まる 10桁のコード）を記載ください。
- ③ 請求月
接種月ではなく、**連合会に請求する月**をご記載ください。
【例】7月10日（6月接種分）までの提出分 ⇒ 2021年7月請求分
※月遅れ請求を含む
- ④ 請求金額
税込の金額を記載してください。
- ⑤ 「住所地内接種分含む」欄
国保連への請求について住所地内接種分がない場合には、「住所地内接種分含む」の欄に✓を記載しないようご注意ください。
住所地内接種＋住所地外接種 ⇒
住所地外接種のみ ⇒

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 1

医療機関等番号(10桁): ② 090

医療機関等名称: ○〇クリニック

③ 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		④		
	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

住所地内接種分含む ⑤

※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

新型コロナウイルスワクチン接種請求時の注意事項（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

① 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) 101910

医療機関等名称 : 〇〇クリニック

③ 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		④		
	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

住所地内 接種分 含む	対象
	⑤

※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

- ① 被接種者区分
1 クーポン券なし / 2 クーポン券ありのどちらかに必ず〇をつけてください。
- ② 医療機関等番号（10桁）
職域接種の費用請求においては、既に保険医療機関コードを有している医療機関も含め、職域接種用に付番された類似コード（※090 で始まる 10 桁のコード）を記載ください。
- ③ 請求月
接種月ではなく、**連合会に提出する月**をご記載ください。
【例】7月10日（6月接種分）までの提出分 ⇒ 2021年7月請求分
※月遅れ請求を含む
- ④ 請求金額
税込の金額を記載してください。
- ⑤ 「住所地内接種分含む」欄
実施機関の所在地と請求先の市区町村が異なる場合は「住所地内接種分を含む」に✓の記載は必要ありませんのでご注意ください。

新型コロナウイルスワクチン接種請求時の注意事項（予診票）

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区を入れてください。

※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)

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)	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"/> 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 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。

医師署名又は記名捺印

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、接種を希望しますが、 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 被接種者自署 ②

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 ③ ④

③ 090 ④ 2022 年 月 日

- ① 枠からはみ出さず、明確に記入してください。訂正がある場合も枠内に訂正してください。
- ② 記載事項に不備がある場合には返戻となりますので、特に「医師署名又は記名捺印」「被接種者自署」「ワクチン・ロット番号シール添付」等については、記載もれがないようご注意ください。
- ③ 職域接種の費用請求においては、既に保険医療機関コードを有している医療機関も含め、職域接種用に付番された類似コード(※090 で始まる 10 桁のコード)を記載ください。
- ④ 接種年月日の欄は枠内に収まるように記載してください。また、予診のみの場合にも予診の日付を記載することとなっていますのでご注意ください。
- ⑤ 両面印刷を使用せず、片面印刷で請求して下さい。

良い例

接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日

○ 2 0 2 1 年 0 4 月 1 5 日

悪い例

接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日

× 2 0 2 1 年 4 月 1 5 日 桁不足

× 2 0 2 1 年 04 0 月 日 枠はみだし

× 2 0 2 1 年 0 4 月 0 1 日 枠はみだし

× 2 0 2 1 年 1 0 月 7 0 日 上下が逆

× 2 0 2 3 年 04.01 月 日 項目定義無視

× 2 0 2 1 年 0 4 月 0 1 日 文字が不明瞭

× 2 0 2 1 年 0 4 月 0 1 日 文字が不明瞭