

事務連絡
令和3年5月10日

各
都道府県
市町村
特別区
衛生主管部（局）御中

厚生労働省健康局健康課予防接種室

市町村で接種施設を設けた場合の費用請求に関する取扱いについて

市町村が設置した接種施設において、当該市町村に住民票がない被接種者分の費用請求については、各都道府県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）に対して行うこととしているところですが、その際の手続等について、下記のとおりお知らせいたしますので、ご確認お願いいたします。

記

- 国保連へ口座番号等の情報を提供する際は、令和3年3月22日事務連絡「保険医療機関コード等が存在しない接種施設の手続きについて」でお伝えしているとおり、自治体向け手引きの様式 4-5-1 口座届出書にて届け出いただきますが、ひとつの市町村で複数の接種会場を設けた場合も、接種会場ごとに1枚の口座届出書を提出ください。
- 費用請求後、国保連から請求元へ照会等の必要が生じた場合に、口座届出書に記載の電話番号（接種施設の電話番号）とは異なる連絡先への照会を希望する場合（具体例として、接種会場が公民館等であるものの、国保連からの請求に関する照会等は市役所庁舎内の担当部署等へ希望する場合などを想定）は、口座届出書の備考欄において、希望する連絡先を登録してください。
また、国保連から請求元へ各種の書類（支払額に係る通知書、請求書・予診票の返戻等）を送付する際の送付先が、口座届出書に記載の所在地（接種施設の所在地）と異なる場合も、口座届出書の備考欄において、送付を希望する担当部署等の所在地等を登録してください。
- ※ 自治体、国保連間において、口座届出書の備考欄を使用せず、別途の登録方法を取り決めた場合は、当該方法による登録で差し支えありません。
- 既に口座届出書を提出している場合で、上記のように連絡先及び送付先を変更したい場合は、その旨を速やかに国保連に連絡してください。

以上

新型コロナウイルスワクチン接種に係る費用の 請求及び受領に関する届

20XX年XX月XX日 提出

〇〇〇国民健康保険団体連合会 御中

開設者（代表者） 住所 ●●県●●市●●X-X-X

氏名 ●●●●●

新型コロナウイルスワクチン接種に係る費用の請求及び受領に関する届を下記のとおり記入のうえ提出いたします。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|-----------------------|-----|-----------------|-----|-------------|--|-----|----|
| 医療機関 等番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | | | | | | | | | |
| フリガナ | ***** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関 等名称 | ●●市公民館 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 郵便 番号 | *** - **** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | ***** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | ●●県●●市●●X-X-X | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">TEL</td> <td style="width: 85%;">XX - XXX - XXXX</td> </tr> <tr> <td>FAX</td> <td>XX - XXX - XXXX</td> </tr> </table> | | | | | | | | | | TEL | XX - XXX - XXXX | FAX | XX - XXX - XXXX | | | | | |
| TEL | XX - XXX - XXXX | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FAX | XX - XXX - XXXX | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | ***** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">振込先</td> <td style="width: 85%;">金融機関コード * : * : * : *</td> </tr> <tr> <td></td> <td>●銀行</td> </tr> <tr> <td>支店名</td> <td>支店コード * : *</td> </tr> <tr> <td></td> <td>●支店</td> </tr> <tr> <td>預金</td> <td>1: 普通 2: 当座 <small>※当座等に○を付けて下さい。</small></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | 振込先 | 金融機関コード * : * : * : * | | ●銀行 | 支店名 | 支店コード * : * | | ●支店 | 預金 |
| 振込先 | 金融機関コード * : * : * : * | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ●銀行 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支店名 | 支店コード * : * | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ●支店 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預金 | 1: 普通 2: 当座 <small>※当座等に○を付けて下さい。</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | ***** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求者 | ●●●●● | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出理由(該当番号に○を付けて下さい。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | ○ 新設 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 請求者または口座名義人の変更 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 振込先及び口座番号の変更 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | <p>20XX年XX月</p> <p>・上記接種会場からの請求に関して疑義等が生じた場合の連絡先は下記のとおり 〇〇市役所〇〇局〇〇部〇〇課 担当 〇〇 TEL03-1234-XXXX FAX03-1234-XXXX</p> <p>・また、支払額通知書や請求書・予診票の返戻等の送付先は下記のとおり 〒XXX-XXXX 〇〇県〇〇市〇〇X-X-X 〇〇市役所〇〇局〇〇部〇〇課〇〇係</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

疑義照会時の連絡先や、支払額にかかる通知書及び請求書・予診票の返戻等の送付先について、接種会場と異なる連絡先等を希望する場合は、備考欄に希望の連絡先等を記載

※開設者（代表者）と口座名義人が異なる場合には、委任状も添付いただく必要があります。