

# 新型コロナウイルスワクチン接種の 請求に関する手引き

令和6年4月

広島県国民健康保険団体連合会

## 1. 国保連合会への請求について

- (1) 医療機関等で個別接種する予診票は基本的に住所地内・住所地外共に国保連合会に提出となります。
- (2) **国保連合会への提出は、令和6年4月10日（必着）までで終了となります。**

**令和6年4月11日以降の提出については、被接種者の住所地の市区町村へ直接提出してください。**

- (3) **V-SYS上での請求総括表・市区町村別請求書の作成は令和6年3月31日で終了しました。**

**請求総括表・市区町村別請求書の様式については、厚生労働省ホームページからダウンロードしてください。**

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine\\_notifications.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_notifications.html)

(様式4-5-1 市区町村請求書) (様式4-5-3 請求総括表)

## 2. 国保連合会からの支払いについて

国保連合会からの支払いは、実施機関から請求があった翌々月の28日となります。

ただし、28日が土日祝日である場合は、翌営業日に支払います。(6月28日(4月請求分)の支払いが最終となります。)

・ 請求総括書， 市区町村別請求書に関する注意事項

- (1) 請求年月については，国保連合会に提出する年月を入力すること。月遅れ請求の場合も当該請求分と合算して集計すること。

例：2024年1月接種5件，2月接種7件を3月に国保連合会に請求（提出）する場合は，請求総括表及び市区町村別請求書は3月請求として合算した12件を入力する。

- (2) 請求総括書は同一実施機関から同一提出月に1枚のみを送付すること。

※ 編綴の際は穴を開けたり，ホッチキス止めでなく，クリップや紐で縛る等の方法でまとめること。

# 請求総括表【令和4年1月請求分以降】

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

① 施設等区分 :  
 医療機関等番号 (10桁)  ②  
 医療機関等名称 :

③ 年 月 請求分 ④

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)
手取のみ	6歳未満(時間外・休日を除く)				
	6歳未満(時間外)				
	6歳未満(休日)				
	6歳以上(時間外・休日を除く)				
	6歳以上(時間外)				
	6歳以上(休日)				
	小計				
接種	6歳未満(時間外・休日を除く)				
	6歳未満(時間外)				
	6歳未満(休日)				
	6歳以上(時間外・休日を除く)				
	6歳以上(時間外)				
	6歳以上(休日)				
	小計				
合計					

↑太枠内に記載すること

《単価 (税抜き)》

手取のみ	6歳未満(時間外・休日を除く)	2,200円
	6歳未満(時間外)	2,300円
	6歳未満(休日)	4,300円
	6歳以上(時間外・休日を除く)	1,500円
	6歳以上(時間外)	2,700円
	6歳以上(休日)	3,800円
接種	6歳未満(時間外・休日を除く)	2,700円
	6歳未満(時間外)	3,400円
	6歳未満(休日)	4,800円
	6歳以上(時間外・休日を除く)	2,000円
	6歳以上(時間外)	2,600円
	6歳以上(休日)	4,000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を  
 同一場合はチェック

No.	項目名	備考
①	施設等区分	医療機関は「1」、その他は「2」の記載を確認する
②	医療機関等コード	10桁の医療機関コードを正確かつ明瞭に記載する
③	請求年月	国保連合会に請求する月を記入する
④	請求件数、請求金額	各項目について、それぞれ請求件数・請求金額の集計を確認する。

# 市区町村別請求書【令和4年1月請求分以降】

〇〇〇市区町村長 様

① 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

医療機関等番号（10桁）  ②

医療機関等名称：

③ 年 月請求分 ④

区分	種類	請求件数	請求金額 (税込)	決定件数	決定金額 (税込)
手配のみ	0歳未満(時間外・休日分除く)				
	0歳未満(時間外)				
	0歳未満(休日)				
	0歳以上(時間外・休日分除く)				
	0歳以上(時間外)				
	小計				
接種	0歳未満(時間外・休日分除く)				
	0歳未満(時間外)				
	0歳未満(休日)				
	0歳以上(時間外・休日分除く)				
	0歳以上(時間外)				
	小計				
合計					

↑太枠内に記載すること

《単価（税抜き）》

手配のみ	0歳未満(時間外・休日分除く)	2,200円
	0歳未満(時間外)	2,400円
	0歳未満(休日)	4,300円
	0歳以上(時間外・休日分除く)	1,400円
	0歳以上(時間外)	2,200円
接種	0歳以上(休日)	3,600円
	0歳未満(時間外)	2,700円
	0歳未満(時間外)	3,400円
	0歳未満(休日)	4,800円
	0歳以上(時間外・休日分除く)	2,000円
	0歳以上(時間外)	2,800円
	0歳以上(休日)	4,200円

住所地区内 接種分 対象

※医療機関等の所在地と接種対象者が同一市区町村の場合のみ記入

No.	項目名	備考
①	市区町村番号	保険者番号ではなく、6桁の総務省全国地方公共団体コードの記載を確認する
②	医療機関等コード	10桁の医療機関コードを正確かつ明瞭に記載する
③	請求年月	国保連合会に請求する月を記入する
④	請求件数、請求金額	各項目について、それぞれ請求件数・請求金額の集計を確認する。

## ・予診票の記載に関する注意事項

- (1) 新型コロナワクチン接種に係る費用の請求については、国が示した予診票を使用すること。（コピー不可）
- (2) 請求総括書及び市区町村別請求書，予診票の医療機関コードには医療機関は341～，健診機関等は342～，介護保険施設は345～で始まる10桁のコードを記載すること。

良い例

医療機関等コード										
○	3	4	1	9	8	7	6	5	4	3

悪い例

医療機関等コード											
×				9	8	7	6	5	4	3	桁不足
×	3	4	1	9	8	7	6	5	4	3	不明瞭
×	3	4	1	9	8	7	6	5	4	3	桁はみ出し
×	3	4	1	9	8	7	6	5	4	3	不要文字記載

- (3) 予診票の原本を必ず国保連合会へ提出すること。
- (4) 予診票は必ず写しを撮って定められた期間（5年間）保存すること。

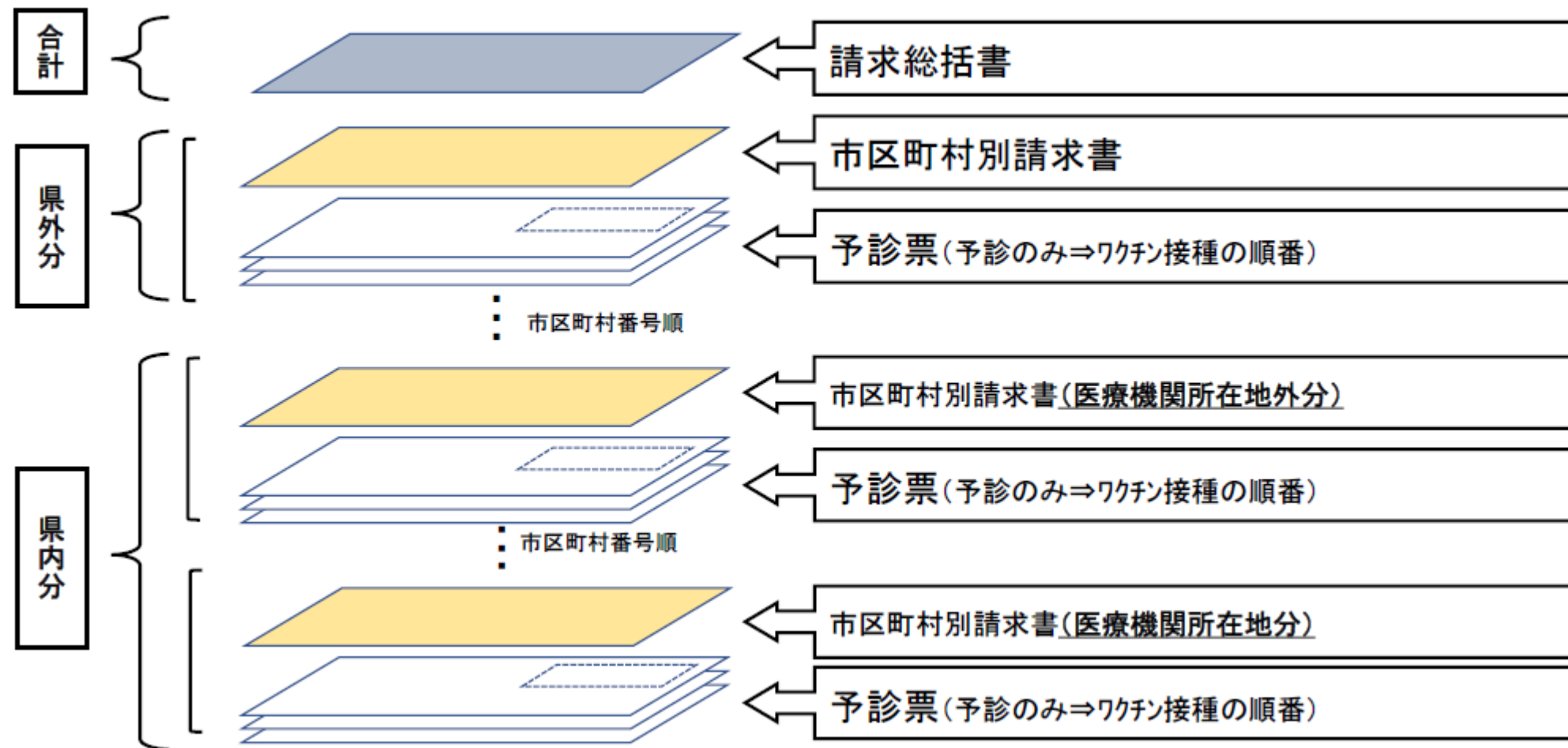
# 予診票【令和3年12月接種分以降】

**新型コロナ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。

郵便番号 〒 <b>②</b>		市区町村 〇〇市 〇〇区 〇〇町 〇〇丁目	
氏名 〇〇 〇〇		電話番号 〇〇-〇〇〇〇〇〇	
生年月日 (西暦) 〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	診察時の体温 〇〇度 〇〇分	診察室の湿度 〇〇度
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)		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<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	<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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在、何らかの病気に罹っていて、治療(投薬など)を受けていますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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	<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	<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	<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	<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	<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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
これまでに予診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	<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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2週間以内に予診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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
今日、今日の予診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	<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 診 <input type="checkbox"/> 見合わせる 本人に対して、接種の効果、副反応及び予診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		
医師確認 記入欄 <input type="checkbox"/> 時間外(送付時間 : ) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(未成年) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備②	④		
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健康組合に提出されることに同意します。 接種券又は 保護者名 〇〇 〇〇			
⑨ ワクチン名・ロット番号	⑧ 実施場所 〇〇 〇〇	⑥ 医療機関等コード 〇〇 〇〇 〇〇	⑦ 接種年月日 2022年 〇〇月 〇〇日

No.	項目名	備考
①	クーポン券部分	・追加接種は基本的にプレ印刷となる ・予診のみの場合:「券種」2⇒1☑予診のみとする
②	住民票に記載されている住所	クーポン券記載の請求先と一致しているか
③	医師署名又は記名押印	記載漏れがないか
④	医療機関記入欄	・該当する項目(時間外・休日等)がある場合は、 マーク欄が塗りつぶされているか
⑤	被接種者又は保護者自署	記載漏れがないか
⑥	医療機関等コード	10桁の医療機関コードを正確かつ明瞭に記載しているか
⑦	接種年月日	記載漏れがないか 請求月と同一でないか 予診のみの場合は予診年月日を記載しているか
⑧	実施場所・医師名	記載漏れがないか
⑨	ワクチン名・ロット番号	券種との不一致がないか ロットシールを貼付しているか (予診のみの場合はロットシールは不要)

## 編綴順について





## 新型コロナウイルスワクチン接種 の請求に関するお問合せ窓口

**広島県国民健康保険団体連合会**  
**〒730-8503 広島市中区東白鳥町19番49号 国保会館**  
**審査管理課(新型コロナウイルスワクチン担当)**  
**TEL082-554-1766**  
**審査管理課(管理係)**  
**TEL082-554-0775**

