

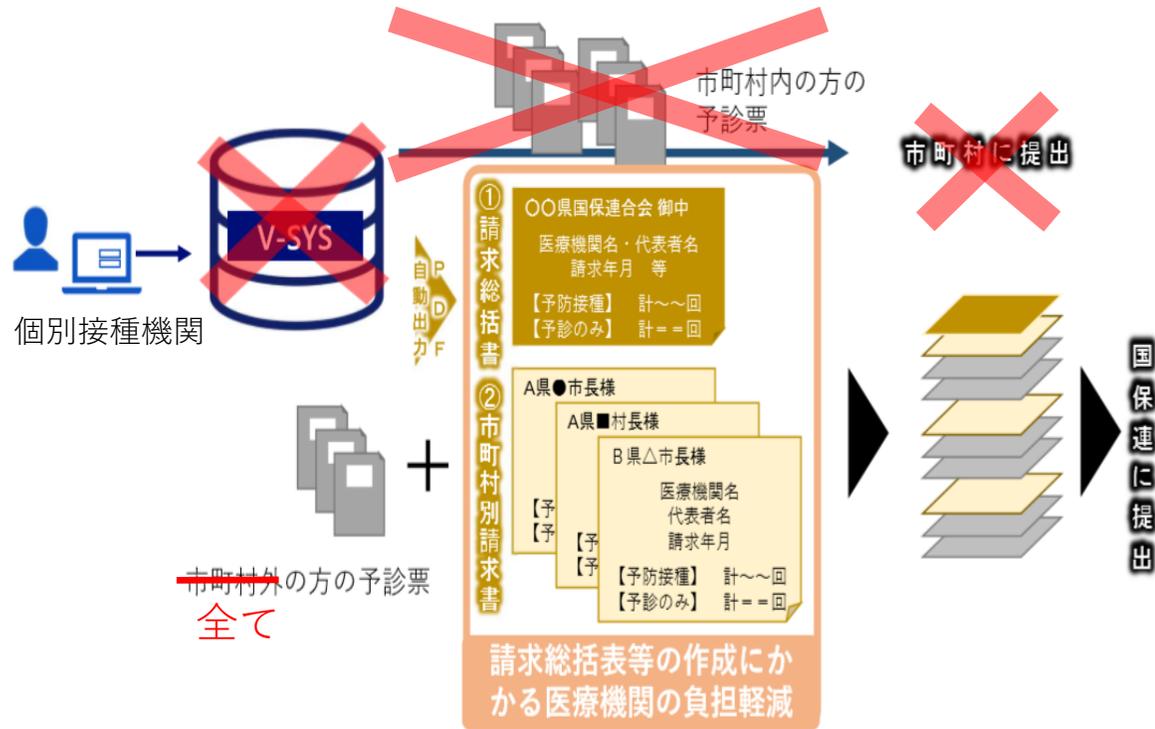
新型コロナウイルスワクチン接種の 請求に関する留意事項

令和6年4月1日

岡山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

厚生労働省資料抜粋



- 予診票は全て国保連合会に提出する。
- 接種実施日の翌月1～10日に、国保連合会へ必要書類を請求する。
(請求月の1日～10日実施分は除く)
- **V-SYS上での請求総括書・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。**
- **4月以降は国保連合会のホームページに掲載している請求書作成ツールを利用して作成してください。**

※国保連合会への提出は、令和6年4月10日で終了となります。

・ 請求総括書、請求書に関する注意事項

- (1) 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。また、市区町村別請求書は市区町村ごとに1枚ずつ添付すること。

※編綴の際はホッチキス止めではなく、クリップや紐で縛る等の方法でまとめること。

※お願い：市区町村別請求書の用紙は、**A列4番クリーム色黒刷り**を使用してください。

請求総括書【2022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)
予診のみ	6歳未満(時間外・休日分除く)				
	6歳未満(時間外)				
	6歳未満(休日)				
	6歳以上(時間外・休日分除く)				
	6歳以上(時間外)				
	6歳以上(休日)				
	小計				
接種	6歳未満(時間外・休日分除く)				
	6歳未満(時間外)				
	6歳未満(休日)				
	6歳以上(時間外・休日分除く)				
	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)》

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)	4,860円
	6歳以上(時間外・休日分除く)	2,070円
	6歳以上(時間外)	2,800円
	6歳以上(休日)	4,200円

住所市内 接種分含む	対象
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※医療機関等の所在地と請求先を
含む場合はチェック

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
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しているか。
③	請求年月	予診票の提出年月の記載を確認
④	請求件数、請求金額	予診票の件数・金額と一致しているか 各項目、小計、合計を確認

時間外・休日加算の項目追加以外にチェック項目の変更なし

市区町村別請求書【2022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)				
	6歳未満(時間外)				
	6歳未満(休日)				
	6歳以上(時間外・休日分除く)				
	6歳以上(時間外)				
	6歳以上(休日)				
	小計				
接種	6歳未満(時間外・休日分除く)				
	6歳未満(時間外)				
	6歳未満(休日)				
	6歳以上(時間外・休日分除く)				
	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）》

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)	4,860円
	6歳以上(時間外・休日分除く)	2,070円
	6歳以上(時間外)	2,800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種別が同じ市区町村の場合はチェック

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
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しているか。
③	請求年月	予診票の提出年月の記載を確認
④	請求件数、請求金額	予診票の件数・金額と一致しているか各項目ごと、小計、合計を確認

時間外・休日加算の項目追加以外にチェック項目の変更なし
※被接種者区分の項目が削除されたため、チェック項目から除外

・ 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。
- (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331～、健診機関等は332～、介護保険施設は335～で始まる10桁のコードを記載する。

良い例

○

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

(3) 予診票は白色の紙に黒刷りすること。

(4) 予診票の原本を必ず国保連合会へ提出してください。予診票の写しは提出しないでください。

予診票【2021年12月接種分以降】

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。

住所 記載されている住所	都道府県 市区町村	請求先 〒 〇〇〇〇〇〇 〒番号 1234567890 氏名 厚生太郎	QRコード
フリガナ 氏名	電話番号	生年月日 (西暦)	診察前の体温

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受けたことがありますか。 接種回数(回) 前回の接種日(年 月 日) 前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類()	<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	
『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	
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()		
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 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種副反応報告制度について、説明した。	医師署名又は記名押印
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。

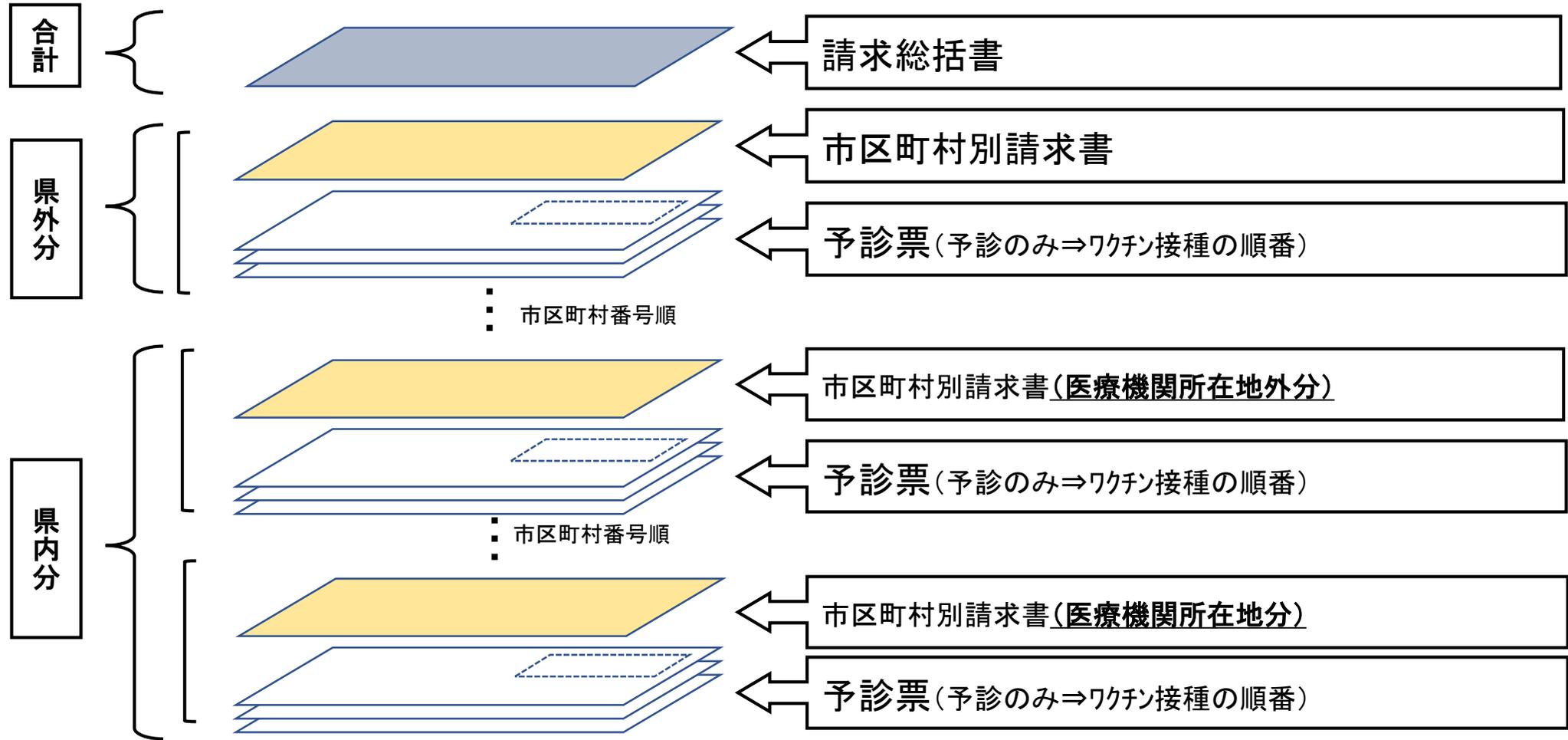
年 月 日

被接種者又は保護者自署

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所	医療機関等コード
接種年月日	医師署名	接種年月日	接種年月日

No.	項目名	備考
①	クーポン券	貼付漏れがないか。
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(追加項目)	該当する項目がある場合は、マーク欄が塗りつぶされているか。 <u>(追加)小児(6歳未満)について生年月日と突合し確認</u>
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されているか。
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)
⑩	生年月日	記入漏れがないか。 5歳未満でないか。 小児(6歳未満)のマーク欄と突合して確認。

編綴順について



2. 国保連合会からの支払いについて

(1) 国保連合会は、実施機関から請求があった翌々月の末日までに、実施機関に費用を支払う。

※原則、**診療報酬等支払日と同様**（27日）。（次ページ参照）

ただし、27日が土日祝日である場合は、翌営業日に支払う。

(2) 本事業に係る費用の支払先は、原則として診療報酬等の振込口座と同一となるため、新型コロナワク

チン接種に係る費用の請求及び受領に関する届の提出は不要です。

※医療機関等コードを有さない医療機関等については、届の提出が必要です。

2024年度 新型コロナワクチン接種請求／支払等日程表

請求書提出月	受付締切日	支払額決定 通知書等発送日	支払日
2024年 3月提出分	3月10日(日)	5月20日(月)	5月27日(月)
2024年 4月提出分	4月10日(水)	6月20日(木)	6月27日(木)

※国保連合会への提出は、令和6年4月10日で終了となります。

様式（支払額通知書）

〒 999-9999 岡山県〇〇市〇〇町 111-1111 〇〇〇方 〇〇病院 代表者名 様	料金後納 郵便	《お問い合わせ先》 〒700-8568 岡山市北区桑田町17番5号 岡山県国民健康保険団体連合会 審査管理課 TEL:086-223-8825
コロナワクチン接種費等 支払額通知書		

様式番号

岡山県国民健康保険団体連合
令和3年6月7日 作成

令和3年4月分

被振込銀行		振込日
〇〇銀行	〇〇支店	令和3年6月7日

医療機関等番号	3312345678
---------	------------

区分	件数	金額(税込)
決定	1,234,567,890	1,234,567,890
調整	▲ 1,234,567,890	▲ 1,234,567,890
確定	9,999,999,999	9,999,999,999

振込額	99,999,999,999 円
-----	------------------

様式（支払額内訳書）

コロナワクチン接種費等 支払額内訳書

医療機関等番号	医療機関等名
3312345678	〇〇〇病院

岡山県国民健康保険団体連合会

令和4年2月21日 作成

1 頁

項番	市区町村番号	市区町村名	請/調	券種	接種PT	被接種者	件数	金額（税込）
1	339999	〇〇市	請	2	2	2	3	6,210
2	339999	〇〇市	請	2	4	2	3	8,400
3	339999	〇〇市	請	2	6	2	3	12,600
4	339999	〇〇市	調	2	6	2	-1	▲ 4,200
5	331234	△△△市	請	2	2	2	1	2,070
		請求					4	29,280
		調整					-1	▲ 4,200
		合計					3	25,080

請/調	券種	接種パターン(接種PT)		被接種者区分(被接種者)
請 当月請求分	1 予防接種予診券	1 小児(6歳未満)	2 小児以外(6歳以上)	1 医療従事者(クーポン券なし)
調 前月以前の請求に係わる調整	2 予防接種券	3 小児(6歳未満:時間外)	4 小児以外(6歳以上:時間外)	2 医療従事者以外(クーポン券あり)
		5 小児(6歳未満:休日)	6 小児以外(6歳以上:休日)	

様式（返戻通知書）

コロナワクチン接種費等 返戻通知書

令和3年4月分

医療機関等番号	医療機関等名
3301234567	〇〇病院

岡山県国民健康保険団体連合会
令和3年5月20日 作成

1頁

項番	市区町村番号	市区町村名	発券番号	券種	接種PT	金額(税込)	被接種者	返戻理由
1	331234	〇〇市	1234567890	1	2	▲ 999,999,999	1	
2	331234	〇〇市	1234567891	1	2	▲ 999,999,999	1	
3	331234	〇〇市	1234567892	1	2	▲ 999,999,999	1	
4	331234	〇〇市	1234567893	1	2	▲ 999,999,999	1	
5	331234	〇〇市	1234567894	1	2	▲ 999,999,999	1	
6	331234	〇〇市	1234567895	1	2	▲ 999,999,999	1	
7	331234	〇〇市	1234567896	1	2	▲ 999,999,999	1	
8	331234	〇〇市	1234567897	1	2	▲ 999,999,999	1	
9	331234	〇〇市	1234567897	1	2	▲ 999,999,999	1	
10	331234	〇〇市	1234567898	1	2	▲ 999,999,999	1	
11	331234	〇〇市	1234567899	1	2	▲ 999,999,999	1	
12	331234	〇〇市	1234567900	1	2	▲ 999,999,999	1	
13	331234	〇〇市	1234567901	1	2	▲ 999,999,999	1	
14	331234	〇〇市	1234567902	1	2	▲ 999,999,999	1	
15	331234	〇〇市	1234567904	1	2	▲ 999,999,999	1	
16	331234	〇〇市	1234567908	1	2	▲ 999,999,999	1	
17	331234	〇〇市	1234567903	1	2	▲ 999,999,999	1	
18	331234	〇〇市	1234567904	1	2	▲ 999,999,999	1	
19	331234	〇〇市	1234567905	1	2	▲ 999,999,999	1	
20	331234	〇〇市	1234567906	1	2	▲ 999,999,999	1	
21	331234	〇〇市	1234567907	1	2	▲ 999,999,999	1	
22	331234	〇〇市	1234567908	1	2	▲ 999,999,999	1	
23	331234	〇〇市	1234567909	1	2	▲ 999,999,999	1	

券種	1 予防接種予診券
	2 予防接種券

接種パターン (接種PT)	1 小児(6歳未満)
	2 小児以外(6歳以上)

被保険者接種区分 (被接種者)	1 医療従事者(クーポン券なし)
	2 医療従事者以外(クーポン券あり)

新型コロナウイルスワクチン接種の 支払事務代行業務に関するお問合せ窓口

岡山県国民健康保険団体連合会

〒700-8568 岡山市北区桑田町 17 番 5 号

審査管理課 TEL : 086-223-8825

FAX : 086-223-0045



岡山県国民健康保険団体連合会マスコットキャラクター「ハレルン」