

**ワクチン接種円滑化システム（V-SYS）
を使用した新型コロナウイルスワクチン
接種費用の請求書の作成方法について**

（令和3年4月）

徳島県医師会

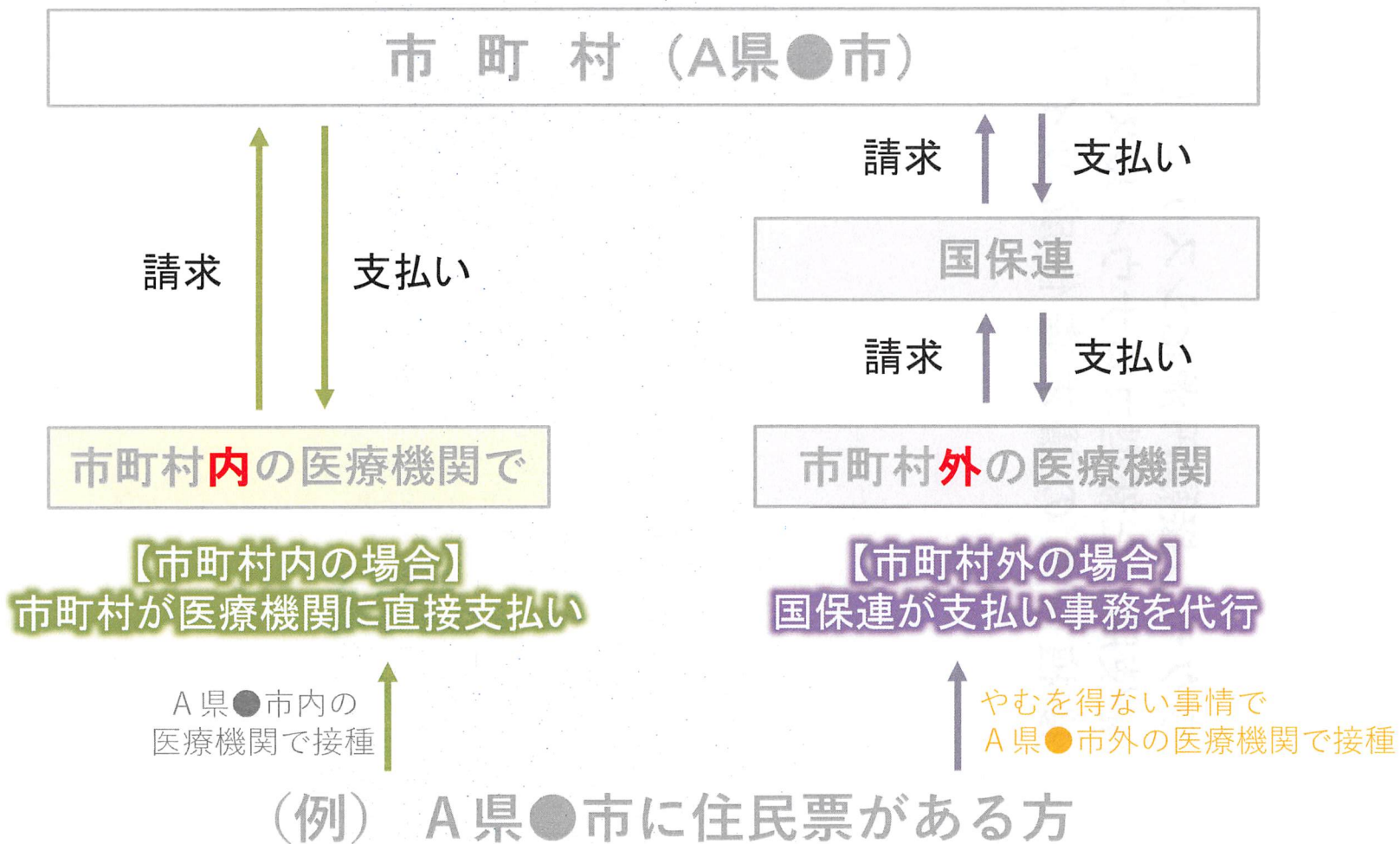
徳島県内 24 市町村担当課

市町村	担当課名	郵便番号	住所	電話番号
徳島市	健康長寿課	770-8571	徳島市幸町2丁目5	088-621-5523
鳴門市	健康増進課 コロナワクチン接種担当	772-0003	鳴門市撫養町南浜字東浜24-2	088-602-7941
小松島市	保健センター	773-0001	小松島市小松島町字新港9-10	0885-38-7755
阿南市	新型コロナワクチン 対策チーム	774-8501	阿南市富岡町トノ町12番地3	0884-24-8062
吉野川市	健康推進課	776-8611	吉野川市鳴島町鳴島115-1	0883-36-1177
阿波市	健康推進課	771-1695	阿波市市場町切幡字古田201-1	0883-36-6815
美馬市	保険健康課 (新型コロナワクチン 予防接種担当)	777-8577	美馬市穴吹町穴吹字九反地5	0883-52-1273
三好市	健康づくり課	778-0004	三好市池田町シンマチ1476-1	0883-87-7367
勝浦町	福祉課	771-4395	勝浦郡勝浦町大字久国字久保田3	0885-42-1502
上勝町	住民課	771-4501	勝浦郡上勝町大字福原字下横峯3番地1	0885-46-0111
佐那河内村	健康福祉課	771-4195	名東郡佐那河内村下字中辺71-1	088-679-2971
石井町	健康増進課 (保健センター)	779-3233	名西郡石井町石井字石井380-11	088-674-0001
神山町	健康福祉課	771-3395	名西郡神山町神領字本野間100	088-676-1114
那賀町	保健センター 新型コロナウイルス 感染症対策室	771-5410	那賀郡那賀町大久保字大西3-2	0884-62-3892
牟岐町	健康生活課	775-8570	海部郡牟岐町大字中村字本村7-4	0884-72-3417
美波町	健康増進課	779-2305	海部郡美波町奥河内字井ノ上13-2	0884-77-3621
海陽町	福祉人権課	775-0395	海部郡海陽町奥浦字新町44	0884-73-4313
松茂町	保健相談センター	771-0220	板野郡松茂町広島字三番越2-2	088-683-4533
北島町	健康保険課	771-0285	板野郡北島町中村字上地23-1	088-698-9805
藍住町	健康推進課 (保健センター)	771-1203	板野郡藍住町奥野字矢上前32-1	088-692-8658
板野町	福祉保健課	779-0104	板野郡板野町吹田字町南22-2	088-672-5986
上板町	健康推進課 保健相談センター	771-1392	板野郡上板町七條字経塚42	088-694-3344
つるぎ町	保健センター	779-4101	美馬郡つるぎ町貞光字中須賀68-1	0883-62-3313
東みよし町	健康づくり課	779-4795	三好郡東みよし町加茂3360	0883-82-6323

ワクチン接種円滑化システム（V-SYS）
を使用した新型コロナウイルスワクチン
接種費用の請求書作成のイメージ

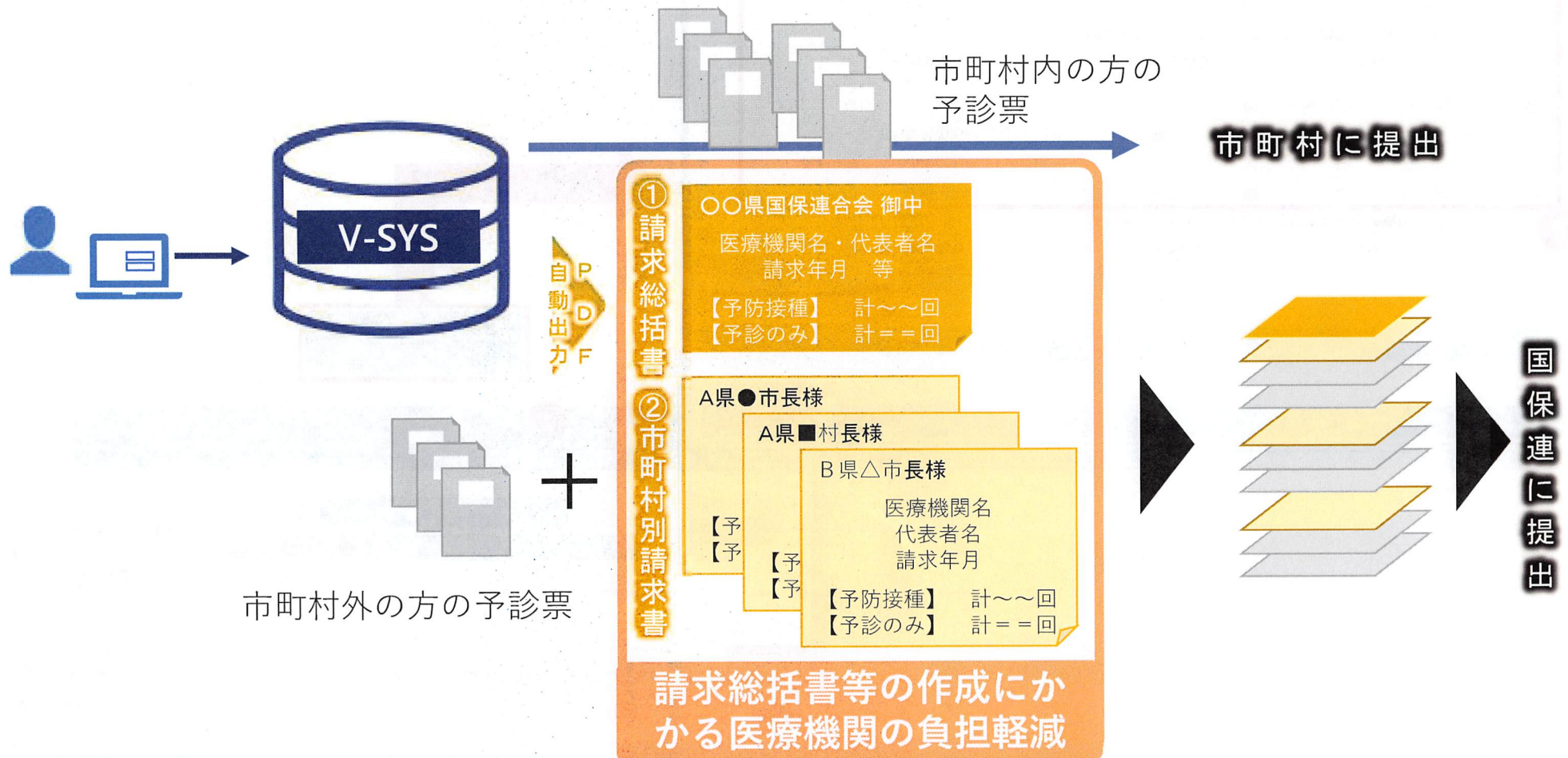
新型コロナウイルスワクチン接種の費用の請求・支払の概要

- 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・支払する。
- 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。

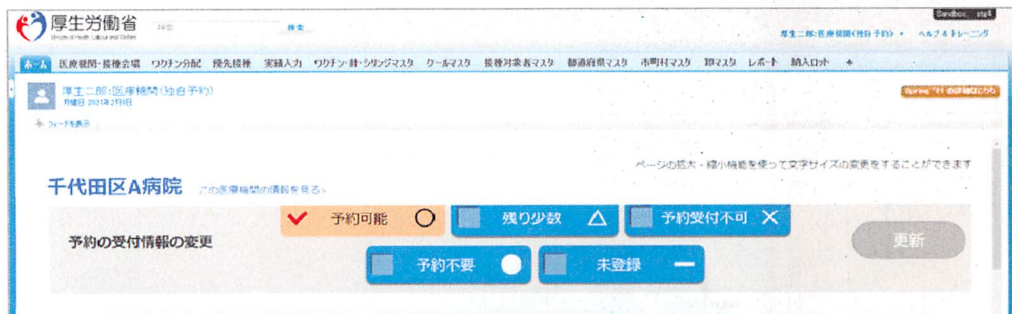


V-SYSによる費用請求用の総括書の出力機能について〔4月1日リリース〕

- 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を可能とするよう準備中。
- 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上の入力画面のイメージ



1
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)

具体的なイメージ

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: 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): [9][9][9][9][9][9][9][9][9][9]

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		

1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

住所地名	対象
接種区分	✓

※医療機関等の所在地と請求内容
を必ず確認してください

市町村別請求書 (V-SYSで出力)

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): [9][9][9][9][9][9][9][9][9][9]

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		

1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

住所地名	対象
接種区分	✓

※医療機関等の所在地と請求内容
を必ず確認してください

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を入れてください。

性別	姓	名	フリガナ
生年月日	年	月	日
性別	男	女	
身長	cm		
体重	kg		

質問事項	はい	いいえ
新型コロナウイルスの接種を初めて受けましたか。 (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"/>	<input type="checkbox"/>
現時点で住居のある市区町村と、クーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
「新型コロナウイルスの接種券」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"/>	<input type="checkbox"/>
接種部位の上位となる対象グループに該当しますか。 ☐医療従事者等 ☐65歳以上 ☐60~64歳 ☐高齢者施設等の受診者 ☐基礎疾患を有する(病名:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
現在、何らかの病状にかかっている(治療中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()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
治療内容: ☐薬を処方されています() ☐その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その病状を除いて、最近1ヶ月以内に熱が出たり、病状にかかったりしましたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病状にかかったりしましたか。病名()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
今日、体に具合が悪いところがありますか。症状()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
いらいら(ひきつけ)を感じたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
これまで、予診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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
2週間以内に予診接種を受けましたか。種類() 受けたい日()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
今日の予診接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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、副反応及び予診接種健康観察制度について説明した。	医師名又は記名印				
接種種別() ☐接種券は医療用である(該当する場合は必ず入力してください)					
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。					
ワクチン名、ロット番号	接種量	実施場所、区別名、接種年月日	接種年月日	接種受付日	接種受付時間
接種券番号	接種券区分	医師名	接種年月日	接種受付日	接種受付時間

新型コロナ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

< 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。

請求書 (PDF) の出力

< 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

請求書の提出

< 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)

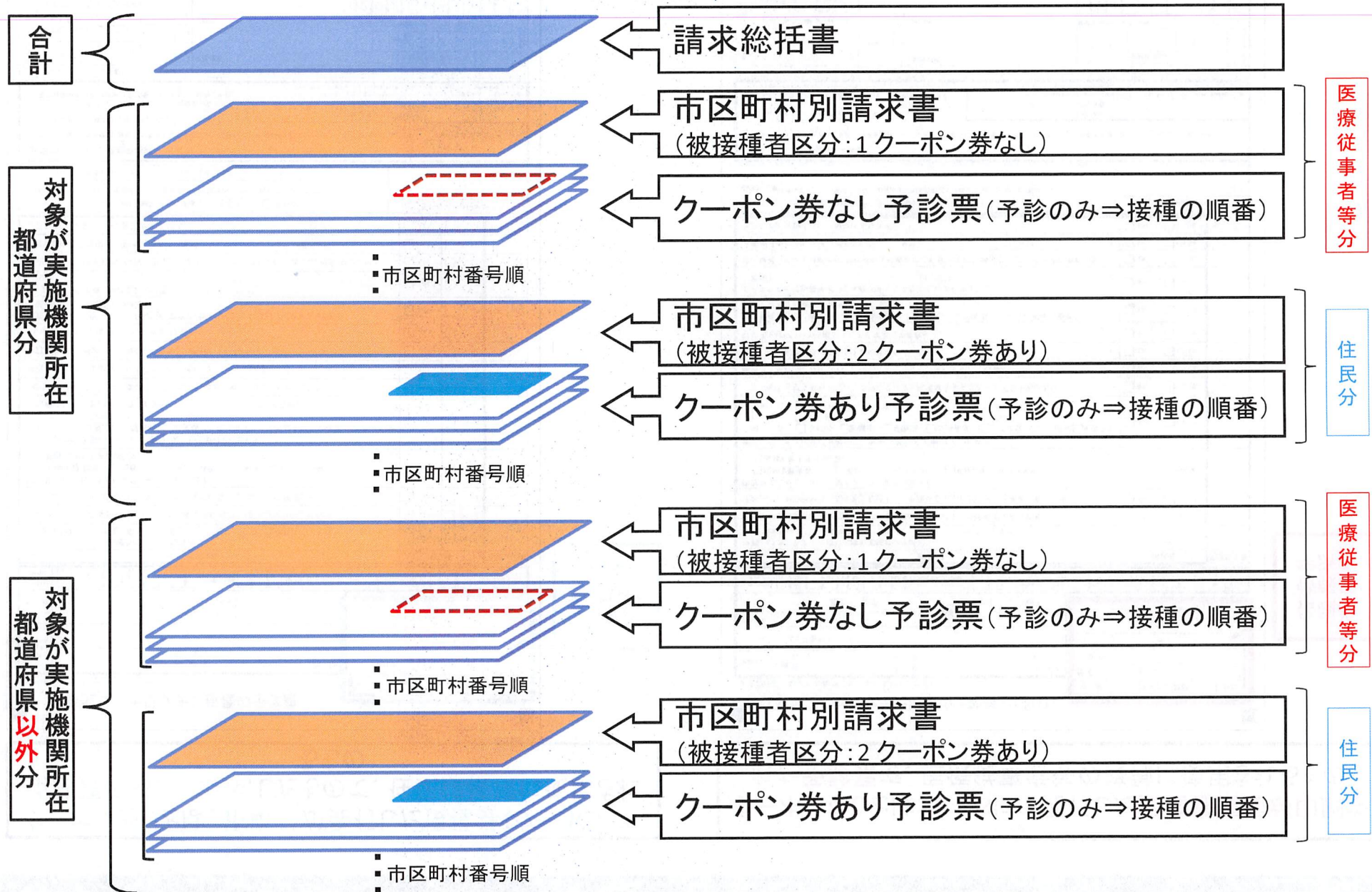
Step 2

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

実施機関における国保連への請求時の編綴方法①



実施機関における国保連への請求時の編綴方法②

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)	性別	診察時の体温

※五箇区に合わせ、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)

接種券を貼り付ける

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルス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、効果や副作用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()	<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()		
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、病気にかかりましたか。 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
本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種後経過観察制度について、説明した。
 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。(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会に提出されることに同意します。
(※同意できない場合は代表者が署名し、代表者及び接種者と同意書を記載し、同意書が国民健康保険中央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	実施機関・医師名・接種年月日
実施機関等コード	医師署名コード	接種年月日	医師記入日

※枠に合わせ、点線に沿っ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、

クーポンなしとは、V-SYSにて発行した接種券情報が印刷された予診票で、医療従事者等の接種に使用されるもの

(医) 新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 (1回目)

※太枠内にご記入またはチェックを入れてください。

診療科	診療時間	医師
氏名	氏名	氏名
生年月日(西暦)	性別	診察時の体温

※五箇区に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください。

接種券情報を印刷済みにする

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルス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、効果や副作用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()	<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()		
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、病気にかかりましたか。 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
本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種後経過観察制度について、説明した。
 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

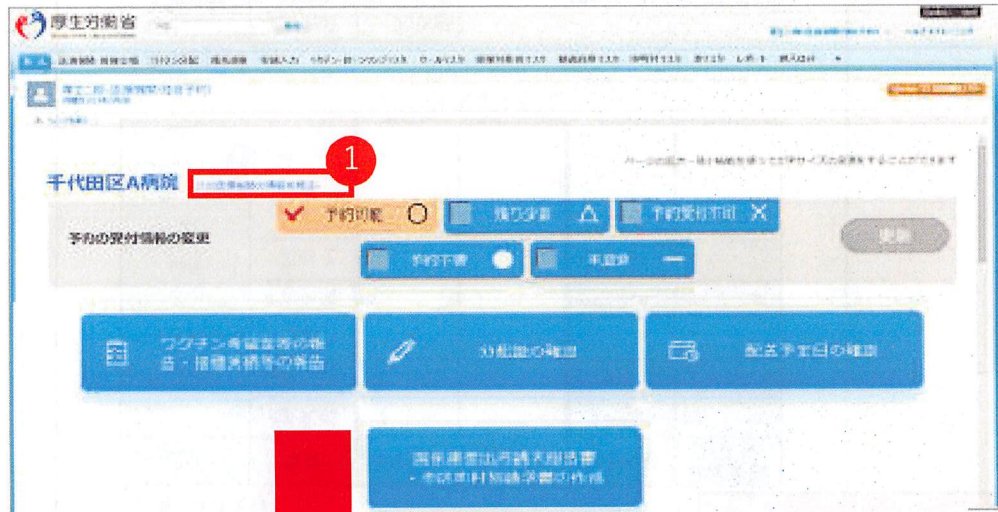
新型コロナウイルス接種希望書
医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望します。(接種を希望します 接種を希望しません)
この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体会に提出されることに同意します。
(※同意できない場合は代表者が署名し、代表者及び接種者と同意書を記載し、同意書が国民健康保険中央会に提出されることに同意します。)

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所	実施機関・医師名・接種年月日
実施機関等コード	医師署名コード	接種年月日	医師記入日

※枠に合わせ、点線に沿っ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、

接種券情報印刷済みにする

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。

The screenshot shows the "医療機関・接種会場の編集" (Edit Medical Institution/Vaccination Site) form. The form is divided into several sections. The "情報" (Information) section includes fields for "施設分類" (Facility Classification) set to "1:病院" (Hospital), "ファクシミリ" (Facsimile), "ホームページ" (Homepage), "ディープフリーザー(-75℃)(台)" (Deep Freezer (-75°C) (Units)), "ディープフリーザー(-20℃)(台)" (Deep Freezer (-20°C) (Units)), "駐車場(例:10台)" (Parking (Example: 10 Units)), "納入先施設名" (Supplier Facility Name) set to "〇〇病院" (OO Hospital), "納入先郵便番号(000-0000)" (Supplier Postal Code (000-0000)) set to "000-0000", "納入先住所" (Supplier Address) set to "中央区△△1-1-1" (Chiyoda-ku △△1-1-1), "予約空き状況 ※" (Reservation Availability ※) set to "×:予約受付不可" (X: Reservation not accepted), and "予約空き状況更新日時" (Reservation Availability Update Date/Time) set to "[2021/04/04 19:47]". The "医療機関情報(受付システム)" (Medical Institution Information (Reception System)) section includes fields for "保険医療機関コード" (Insurance Medical Institution Code) set to "1234567890", "介護保険事業所番号" (Nursing Insurance Business Number) set to "0", "医療機関・接種会場名 ※" (Medical Institution/Vaccination Site Name ※) set to "〇〇病院", "代表者名" (Representative Name) set to "代表 太郎" (Representative Taro), "郵便番号(000-0000) ※" (Postal Code (000-0000) ※) set to "000-0000", "市町村 ※" (City/Town/Village ※) set to "東京都中央区" (Chiyoda-ku, Tokyo), "町名・番地 ※" (Town/Village Name & Number ※) set to "△△1-1-1", "代表電話番号" (Representative Telephone Number) set to "000-1234-5678", and "集合契約加入日" (Contract Start Date) set to "[2021/02/12] [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	種別	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

住所地内 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

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

住所地内 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。

**ワクチン接種円滑化システム（V-SYS）
操作マニュアル（医療機関用）より抜粋**

～請求総括書・市区町村別請求書を作成する～

5.2 請求総括書・市区町村別請求書を作成する

1 「国保連提出用請求総括書・市区町村別請求書の作成」ボタンを押します。



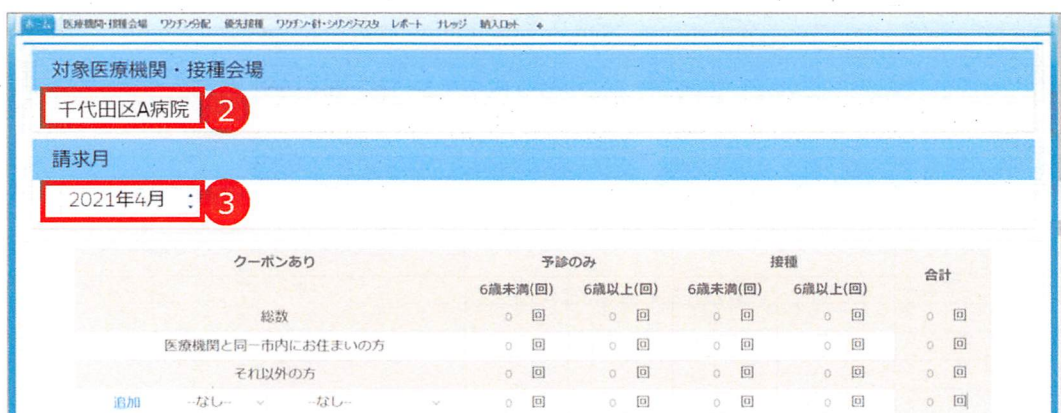
国保連提出用請求総括書・市区町村別請求書の作成の入力画面が表示されます。

2 「対象医療機関・接種会場」で、自院の名前が表示されていることを確認します。

3 「請求月」で、国保連提出用請求総括書及び市区町村別請求書を作成する月を選択します。

* 2月・3月接種実施分の請求書を4月に作成する場合、請求月は4月を選択してください。

* 令和3年（2021年）2月接種分、3月接種分は、まとめて4月に請求してください。



4 手順 3 で選択した請求月の前月において、クーポン券を用いて接種した者分の接種実績を入力します。

* 前々月以前に接種した者分のうち費用請求できなかったものや返戻されたものも含めることができます。

4-1 医療機関と同一市内にお住まいの方分の接種実績は、「クーポンあり」の表の「医療機関と同一市内にお住まいの方」の行に、合計の接種回数を数字で入力します。

4-2 医療機関と同一市内以外にお住まいの方分の接種実績は、「クーポンあり」の表の「それ以外の方」の行に、都道府県及び市町村を選択した上で、被接種者の住所地市町村別に合計の接種回数を数字で入力します。

* 被接種者の住所地市町村が複数ある場合は、「追加」ボタンを押し、手順 4-2 を実施します。市町村の数だけ繰り返します。

* 行を削除したい場合は、「削除」ボタンを押します。

* 入力すると、接種回数の合計が「総数」行、「それ以外の方」行、「合計」列にそれぞれ自動入力されます。

5 手順 3 で選択した請求月にクーポンなしの被接種者がいた場合は、その実績を入力します。

* クーポンなしとは、接種券情報が印刷された予診票を用いて接種した者（医療従事者等）のことを指します。

5-1 医療機関と同一市内にお住まいの方分の接種実績は、「クーポンなし」の表の「医療機関と同一市内にお住まいの方」の行に、合計の接種回数を数字で入力します。

5-2 医療機関と同一市内以外にお住まいの方分の接種実績は、「クーポンなし」の表の「それ以外の方」の行に、都道府県及び市町村を選択した上で、接種者の住所地市町村別に合計の接種回数を数字で入力します。

* 被接種者の住所地市町村が複数ある場合は、「追加」ボタンを押し、手順 5-2 を実施します。市町村の数だけ繰り返します。

* 行を削除したい場合は、「削除」ボタンを押します。

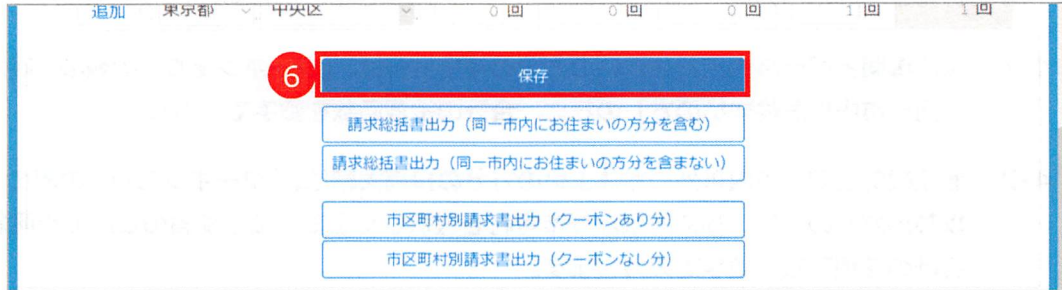
* 入力すると、接種回数の合計が「総数」行、「それ以外の方」行、「合計」列にそれぞれ自動入力されます。

	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)	6歳未満(回)	6歳以上(回)	
4 総数	0	0	0	0	0	0	0
医療機関と同一市内にお住まいの方	0	0	0	0	0	0	0
それ以外の方	0	0	0	0	0	0	0
追加	--なし--	--なし--	0	0	0	0	0

	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)	6歳未満(回)	6歳以上(回)	
5 総数	0	0	0	0	0	0	0
医療機関と同一市内にお住まいの方	0	0	0	0	0	0	0
それ以外の方	0	0	0	0	0	0	0
追加	--なし--	--なし--	0	0	0	0	0

6 入力した内容を保存します。

6-1 「保存」ボタンを押します。



確認画面が表示されます。

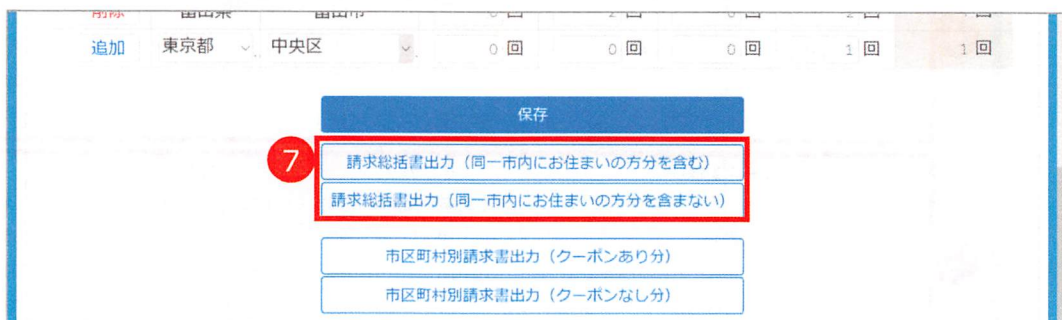
6-2 「OK」ボタンを押します。



7 請求総括書（同一市内にお住まいの方分を含む）又は 請求総括書（同一市内にお住まいの方分を含まない）を出力します。

- 注意** 医療機関所在地と同一市町村にお住まいの方分の請求も国保連請求を行うことになっている場合は、「同一市内にお住まいの方分を含む」請求総括書を、医療機関所在地と同一市町村にお住まいの方分は直接市町村に請求し、それ以外の方分のみ国保連請求する場合は、「同一市内にお住まいの方分を含まない」請求総括書を出力してください。どちらの請求ルールが不明な場合は、市町村にお尋ねください。

7-1 「請求総括書出力（同一市内にお住まいの方分を含む）」ボタン 又は 「請求総括書出力（同一市内にお住まいの方分を含まない）」ボタンを押します。

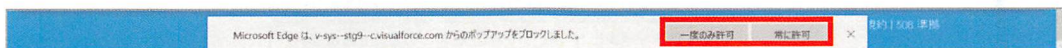


確認画面が表示されます。

7-2 「OK」ボタンを押します。



- * 「～からのポップアップをブロックしました。」と表示された場合は、「一度のみ許可」又は「常に許可」を押します。



請求総括書の PDF が表示されます。

7-3 印刷します。

画面を右クリックし、「印刷」を押すと「印刷」画面が表示されます。使用するプリンタなどを選択のうえ、「印刷」ボタンを押してください。

- * お使いのブラウザによって、印刷方法が異なる場合があります。
- * OCR 読み取り対応のため、印刷画面で以下のいずれかの設定をした上で印刷してください。
 - ・「詳細設定」を押すと表示される項目のうち、「倍率」で「カスタム」を選択のうえ「100」を指定
 - ・「ページサイズ処理」で「実際のサイズ」を選択
- * 印刷したら、左上に表示されている宛先に提出してください。

〇〇〇〇〇〇 様
 医療機関の所在地 〇〇〇〇〇〇
 代表者氏名 〇〇〇〇〇〇
 電話番号 〇〇〇〇〇〇

コロナワクチン接種数等 請求総括書

施設所在地: 2
 医療機関番号 (10桁) 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
 医療機関名称: 千代田区A病院

2021年04月請求分

区分	種別	接種回数	請求金額 (税込A)	決定件数	決定金額 (税込A)
予防心A	接種未満	2	6,860		
	接種以上	5	6,470		
	合計	7	13,330		
接種	接種未満	0	0		
	接種以上	16	36,432		
	合計	16	36,432		
合計		23回	49,762円		

※大和内に記載すること

(集積 (税別))
 予防心A 接種未満 2,350円
 接種以上 1,540円
 接種 接種未満 2,720円
 接種以上 2,070円

住所内印 〇
 印番 〇
 印番変更 〇

8 手順 4 でクーポンありの実績を入力した場合は、市区町村別請求書（クーポンあり分）を出力します。

8-1 「市区町村別請求書出力（クーポンあり分）」ボタンを押します。

	医療機関と同一市内にお住まいの方	0回	1回	0回	5回	6回
	それ以外の方	0回	2回	0回	3回	5回
削除	富山県	富山市	0回	2回	0回	2回
追加	東京都	中央区	0回	0回	0回	1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を含まない）

8 市区町村別請求書出力（クーポンあり分）

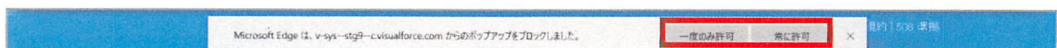
市区町村別請求書出力（クーポンなし分）

確認画面が表示されます。

8-2 「OK」ボタンを押します。



* 「～からのポップアップをブロックしました。」と表示された場合は、「一度のみ許可」又は「常に許可」を押します。



市区町村別請求書出力（クーポンあり分）の PDF が表示されます。

自市区町村分が 1 ページ+手順 4-2 で入力した市区町村の数のページが表示されます。

8-3 印刷します。

画面を右クリックし、「印刷」を押すと「印刷」画面が表示されます。使用するプリンタなどを選択のうえ、「印刷」ボタンを押してください。

- * お使いのブラウザによって、印刷方法が異なる場合があります。
- * OCR 読み取り対応のため、印刷画面で以下のいずれかの設定をした上で印刷してください。
 - ・「詳細設定」を押すと表示される項目のうち、「倍率」で「カスタム」を選択のうえ「100」を指定
 - ・「ページサイズ処理」で「実際のサイズ」を選択

印刷画面のスクリーンショット。上部には医療機関の住所情報（〒、市区町村番号、医療機関等の所在地、代表者氏名、電話番号）と「コロナワクチン接種費等 市区町村別請求書」のタイトルが表示されている。中央には「2021年04月請求書分」の表があり、接種回数と金額の集計が示されている。下部には「単価（税抜き）」の表と「住所・市内/外市」の選択ボタンがある。

区分	接種	接種回数	請求金額 (税込み)	決定件数	決定金額 (税込み)
予診のみ	0歳未満	0	0		
	0歳以上	0	0		
	合計	0	0		
接種	0歳未満	0	0		
	0歳以上	1	2,277		
	小計	1	2,277		
合計		1回	2,277円		

※大枠内に記載すること。

区分	接種	単価 (税抜き)
予診のみ	0歳未満	2,200円
	0歳以上	1,840円
	合計	2,730円
接種	0歳未満	2,730円
	0歳以上	2,070円
	合計	2,070円

9 手順 5 でクーポンなしの実績を入力した場合は、市区町村別請求書（クーポンなし分）を出力します。

9-1 「市区町村別請求書出力（クーポンなし分）」ボタンを押します。

請求書出力画面のスクリーンショット。上部には「医療機関と同一市内にお住まいの方」と「それ以外の方」の接種回数と金額の集計が示されている。下部には「削除」と「追加」のボタンがあり、地域を選択できる。最下部には「保存」ボタンと4つの出力ボタンがある。9番目のボタン「市区町村別請求書出力（クーポンなし分）」が赤い枠で囲われている。

区分	接種	接種回数	請求金額 (税込み)	決定件数	決定金額 (税込み)
医療機関と同一市内にお住まいの方	0歳未満	0	0		
	0歳以上	1	2,277		
	合計	1	2,277		
それ以外の方	0歳未満	0	0		
	0歳以上	2	4,554		
	合計	2	4,554		

削除 富山県 富山市 0回 2回 0回 2回 4回

追加 東京都 中央区 0回 0回 0回 1回 1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を含まない）

市区町村別請求書出力（クーポンあり分）

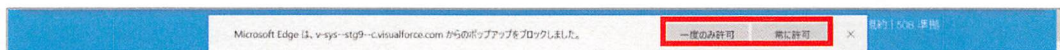
9 市区町村別請求書出力（クーポンなし分）

確認画面が表示されます。

9-2 「OK」ボタンを押します。



* 「～からのポップアップをブロックしました。」と表示された場合は、「一度のみ許可」又は「常に許可」を押します。



市区町村別請求書出力（クーポンなし分）の PDF が表示されます。

自市区町村分が 1 ページ+手順 5-2 で入力した市区町村の数のページが表示されます。

9-3 印刷します。

画面を右クリックし、「印刷」を押すと「印刷」画面が表示されます。使用するプリンタなどを選択のうえ、「印刷」ボタンを押してください。

* お使いのブラウザによって、印刷方法が異なる場合があります。

* OCR 読み取り対応のため、印刷画面で以下のいずれかの設定をした上で印刷してください。

- ・「詳細設定」を押すと表示される項目のうち、「倍率」で「カスタム」を選択のうえ「100」を指定
- ・「ページサイズ処理」で「実際のサイズ」を選択

区分	種別	請求件数	請求金額 (税込)	決定金額 (税込)
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	1	2,277	
	小計	1	2,277	
合計		1件	2,277円	

※大枠内に記載すること

〈単位：税抜き〉		住所内	対象
予診のみ	2,200円		
6歳未満	1,500円		
接種	2,750円		
6歳以上	2,070円		

5.2 請求総括書・市区町村別請求書を作成する の手順はこれで終わりです。

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より抜粋

～第5章 請求事務～

第5章 請求事務

1 概要

新型コロナウイルスの接種に係る費用については、原則住民票所在地の市町村で接種を行うことから、原則直接市町村へ請求するものとする。一方、やむを得ない事情により、住民票所在地の市町村で接種を受けることが困難な者も一定数いることから、集合契約を行うとともに、接種実施医療機関等の所在する市町村以外に対しては、代行機関である国保連を通じて請求を行う。なお、接種実施医療機関等が、国保連と個別に契約を結ぶ必要はない。

請求に当たっては、接種券付き予診票の原本及び接種券を貼付した予診票の原本を用いる。第4章3(6)で実績の登録が終了した接種券付き予診票の原本及び接種券を貼付した予診票の原本を、請求先の市町村（接種券に記載のある市町村）ごとに分類する。また、V-SYSに請求先市町村ごとの接種回数を入力することで、請求総括書及び市区町村別請求書を作成することができる。

2 請求の流れ

(1) 接種実施医療機関等が所在する市町村への請求

接種実施医療機関等が所在する市町村への請求に当たっては、当該接種を行った日が属する月の翌月10日まで（ただし、行政機関の休日に当たる場合は、翌営業日までとする。また、令和3年2月実施分及び同年3月実施分に係るものについては、令和3年4月1日から同月12日までとする。）に、当該市町村名が記載された接種券付き予診票の原本及び接種券を貼付した予診票の原本と請求書を当該市町村へ提出する。当該市町村へ提出する請求書の様式は追ってお示しする。また、当該市町村への初回の請求時には、口座届出書をあわせて提出すること。口座届出書の参考様式は様式5-1に示すが、市町村から示される様式を用いること。口座届出書は二回目以降の請求時には不要だが、支払先の口座に変更がある場合には再度提出すること。市町村は、審査を終えた日の属する月の翌月末までに請求額の支払いを行う。

複数の市町村が共同で接種体制を構築した場合には、接種実施医療機関等が所在する市町村以外の市町村に対しても国保連を通さず直接請求することができる。複数の市町村が共同で接種体制を構築する場合には市町村から連絡があるため、市町村の示す方法で請求を行うことになる。

また、市町村によっては、接種実施医療機関等が所在する市町村への請求についても、外部機関に委託している場合がある。この場合についても市町村から連絡があるため、市町村の示す方法で請求を行うことになる。

(2) 接種実施医療機関等が所在する市町村以外の市町村への請求

接種実施医療機関等が所在する市町村以外の市町村への請求に当たっては、請求先の市町村ごとに仕分けをした接種券付き予診票の原本及び接種券を貼付した予診票の原本に請求総括書及び市区町村別請求書をつけて、当該接種実施医療機関等が所在する都道府県の国保連に提出する。請求総括書及び市区町村別請求書は、V-SYS に請求先市町村ごとの接種回数を入力することで、V-SYS 上で発行することができるようになる見込みである。なお、具体的な請求手続きは、追って示す。

国保連からの費用の支払先は、原則として診療報酬又は特定健診等の振込先として指定している（委任状に記載された医療機関等コードで登録されている）口座と同一の口座である。介護老人保健施設や介護医療院等については、介護給付費等の振込先として指定している（委任状に記載された介護保険事業所番号で登録されている）口座と同一の口座となる。

ただし、やむを得ない事情がある場合には、別の支払先口座を指定することも可能である。別の支払先口座を指定する場合は以下の手続きを行うこと。

- ① 必ず、所在地の国保連に問い合わせる
- ② 口座登録用書類に必要事項を記載の上、所在地の国保連に返送する。（様式は様式 5-2 に示す。記載方法は図 30 に示す。）

集合契約に参加した月（取りまとめ団体へ委任状を提出した日の属する月）の翌月の 20 日までに口座情報を国保連に報告すること。

図 25 医療機関が所在する市町村に提出する口座届出書の参考様式の記載例（様式 5-1）

※様式について、市町村から様式の指定がある場合は、市町村からの指示に従うこと。

**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**

① 20 年 月 日 提出

② ○○市町村長 様へ

開設者（代表者） 住所
氏名 ③

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

医療機関 機関番号	④			
フリガナ 医療機関 機関名称	⑤	TEL	⑨	- -
郵便 番号	⑥	FAX	⑩	- -
フリガナ	⑦	振込先 金融機関コード		
所在地		支店名	⑪	
		種目 種目	⑬	1. 養育 2. 介護
		口座 番号	⑭	
フリガナ 請求者	⑧	フリガナ 口座 名義人	⑮	
届出理由（該当番号に○を付けて下さい。）		請求開始（変更）年月	⑯	
1	新設			
2	請求者または口座名義人の変更	⑰	20 年 月 より	
3	振込先及び口座番号の変更			
4	その他（			
備考				

※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。

←左記の様式については、厚生労働省ホームページ（新型コロナウイルスワクチンの接種を行っていただく医療機関へのご案内）からエクセルファイルをダウンロードできます。

- ① 提出年月日
- ② 医療機関の所在地の市町村名
- ③ 開設者の住所及び氏名
（開設者が法人の場合は法人名と代表者名）
- ④ 医療機関番号又は健診機関番号(10桁)
- ⑤ 医療機関名称又は健診機関名称
- ⑥ ⑤の所在地郵便番号
- ⑦ ⑤の所在地(フリガナも記載)
- ⑧ 請求者の氏名(フリガナも記載)
- ⑨ ⑤の電話番号
- ⑩ ⑤のFAX番号
- ⑪ 振込先金融機関の名称と金融機関コード(4桁)
- ⑫ 振込先金融機関の本店・支店名称と支店コード(3桁)
- ⑬ 該当する講座種目番号に○印
- ⑭ 振込先金融機関の口座番号(右詰)
- ⑮ 通帳等に記載されている口座名義人(フリガナも記載)
- ⑯ 該当する届出理由番号に○印
- ⑰ 請求の開始又は届け出内容に変更が発生する年月
- ⑱ 医療機関等番号に変更が生じた場合のみ旧医療機関等番号を記載

図 26 医療機関の請求方法

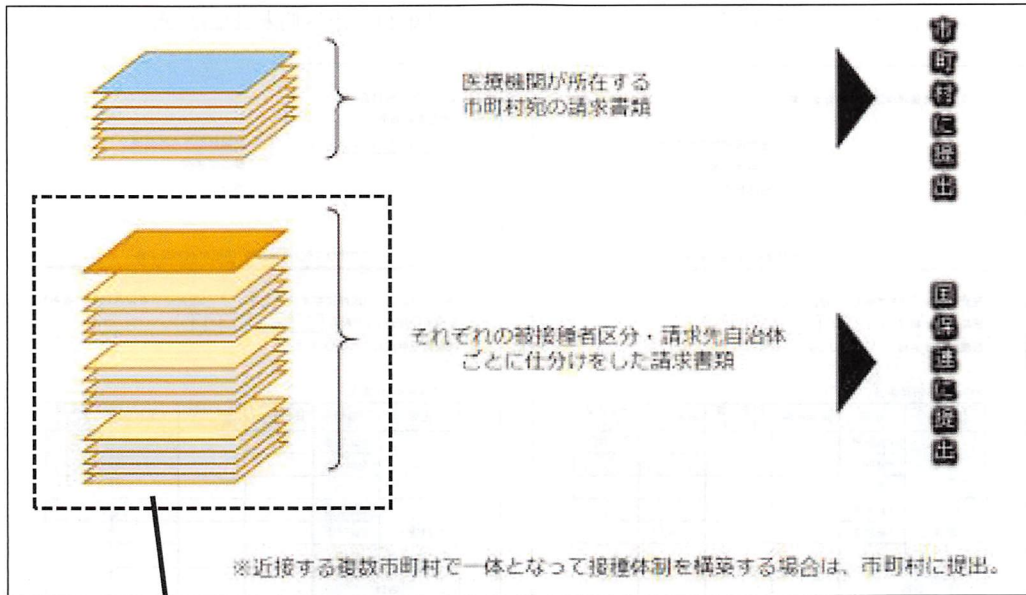


図 27 国保連合会への請求時の編綴方法

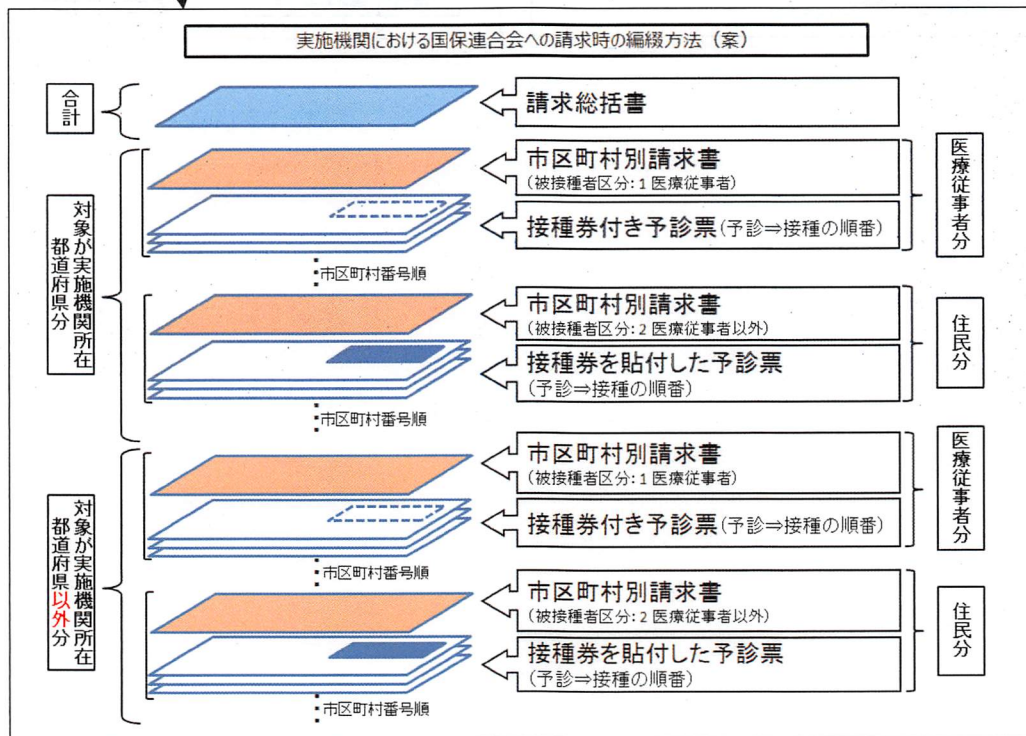


図 28 請求総括書 (案)

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
開設者氏名
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 / 2診療機関等
 医療機関等番号(10桁):
 医療機関等名称: 〇〇クリニック

YYYY年MM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	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	6歳未満	
	6歳以上	
接種	6歳未満	
	6歳以上	

図 29 市区町村別請求書 (案)

〇〇〇市区町村長 様

市区町村番号

医療機関等の所在地
開設者氏名
電話番号

コロナワクチン接種費等 市区町村別請求書

接種者区分: 1医療従事者(ク-ネ)等なし / 2医療従事者以外(ク-ネ)等あり
 医療機関等番号(10桁):
 医療機関等名称: 〇〇クリニック

YYYY年MM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	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	6歳未満	
	6歳以上	
接種	6歳未満	
	6歳以上	

住所 地内 接種分	対象
	✓

※医療機関等の所在地と請求者が同じ市区町村の場合はチェック

図 30 国保連からの請求について、診療報酬又は特定健診等の振込先とは別の口座を支払先口座として指定する際の様式の記載方法（様式 5-2）

**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**

① 20 年 月 日 提出

② 国保連健康保険区 休養会 様 宛中

開設者（代表者） 氏名 ③

住所

〒 〇〇〇〇〇〇 〇〇 〇〇 〇〇

TEL ⑨ - - -

FAX ⑩ - - -

金融機関コード

振込先 ⑪

支店名 ⑫

〒 〇〇〇〇〇〇 〇〇 〇〇 〇〇

口座番号 ⑬ ⑭

口座名義人 ⑮

届出理由（該当番号に○を付けて下さい。）

1	新設	請求開始（変更）年月	⑯
2	請求番号又は口座名義人の変更	20 年 月 より	
3	振込先及び口座番号の変更		
4	その他		

届 出

←左記の様式については、厚生労働省ホームページ（新型コロナワクチンの接種を行っていただく医療機関へのご案内）からエクセルファイルをダウンロードできます。

- ① 提出年月日
- ② 医療機関の所在地の都道府県名
- ③ 開設者の住所及び氏名（開設者が法人の場合は法人名と代表者名）
- ④ 医療機関番号又は健診機関番号(10桁)
- ⑤ 医療機関名称又は健診機関名称
- ⑥ ⑤の所在地郵便番号
- ⑦ ⑤の所在地(フリガナも記載)
- ⑧ 請求者の氏名(フリガナも記載)
- ⑨ ⑤の電話番号
- ⑩ ⑤のFAX番号
- ⑪ 振込先金融機関の名称と金融機関コード(4桁)
- ⑫ 振込先金融機関の本店・支店名称と支店コード(3桁)
- ⑬ 該当する講座種目番号に○印
- ⑭ 振込先金融機関の口座番号(右詰)
- ⑮ 通帳等に記載されている口座名義人(フリガナ)も記載
- ⑯ 該当する届出理由番号に○印
- ⑰ 請求の開始又は届け出内容に変更が発生する年月
- ⑱ 医療機関等番号に変更が生じた場合のみ旧医療機関等番号を記載

市町村へ提出する請求書の留意点

市区町村別請求書

〇〇〇市区町村長 様

市区町村番号

□ □ □ □ □ □ ①

医療機関等の所在地

代表者氏名

電話番号

②

③

④

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 ケーボン券なし/ケーボン券あり ⑤

医療機関等番号(10桁): □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ ⑥

医療機関等名称: ○○クリニック ⑦

YYYY年MM月請求分 ⑧

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	⑨	⑩		
接種	6歳未満				
	6歳以上				
	小計	⑪	⑫		
合計		⑬	⑭		

1 太枠内に記載すること

《単価(税抜き)》

予診	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 接種分	対象
	<input type="checkbox"/>

※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

No.

項目名

① 市区町村番号

② 医療機関等の所在地

③ 代表者氏名

④ 電話番号

⑤ 被接種者区分

⑥ 医療機関等番号

⑦ 医療機関等名称

⑧ 請求年月

⑨ 予診/小計/請求件数

⑩ 予診/小計/請求金額

⑪ 接種/小計/請求件数

⑫ 接種/小計/請求金額

⑬ 合計/請求件数

⑭ 合計/請求金額

※様式についてはV-SYSから出力されるものと少し異なっている部分がありますが確認項目には影響ございません。

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

《市区町村へ提出する請求書類》

市区町村別請求書

押印省略としても差し支えない

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 ケーホン券なし / 2 ケーホン券あり

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
計

実施医療機関等が所属する市町村への請求分となるため、こちらに☑が記入されているのを確認すること。

住所地内 接種分 含む	対象
	<input checked="" type="checkbox"/>

※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

国保連合会へ提出する
請求総括書および請求書の留意点

<国保連における確認対象項目>

実施機関から提出された原票については、国保連において以下の項目に記載漏れ等がないか確認する。

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 ①

代表者氏名 ②

電話番号 ③

コロナワクチン接種費等 請求総括書

施設等区分: 1 ④

医療機関等番号(10桁): ⑤

医療機関等名称: 〇〇クリニック ⑥

YYYY年MM月請求分 ⑦

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	⑧	⑨		
接種	6歳未満				
	6歳以上				
	小計	⑩	⑪		
合計		⑫	⑬		

↑太枠内に記載すること

≪単価(税抜き)≫

予診	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	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

No.	項目名
①	医療機関等の所在地
②	代表者氏名
③	電話番号
④	施設等区分
⑤	医療機関等番号
⑥	医療機関等名称
⑦	請求年月
⑧	予診/小計/請求件数
⑨	予診/小計/請求金額
⑩	接種/小計/請求件数
⑪	接種/小計/請求金額
⑫	合計/請求件数
⑬	合計/請求金額

※請求総括表は市区町村へは送付しない。

※様式についてはV-SYSから出力されるものと少し異なっている部分がありますが確認項目には影響ございません。

〇〇〇国民健康保険団体連合会 御中

《国保連合会へ提出する請求書類》

請求総括書

医療機関等の所在地

代表者氏名

電話番号

押印省略としても差し支えない

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:

20 年 月請求分

区分	種類	請求	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					

「請求総括書」内の「施設区分」については、国保連における請求支払で使用するものであり、以下の区分けで表示されている。これについては医療機関側では特段気にする必要は無いこと。

【施設区分】

1 ... 医療機関 / 2 ... 健診機関・介護事業所・新規登録医療機関・その他

《単価(税別)

予診のみ	
接種	

実施医療機関等が所属する市区町村への請求分も、国保連に提出する場合は、請求総括書のこちらに☑が記入されているのを確認すること。

住所地内 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

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

《国保連合会へ提出する請求書類》

市区町村別請求書

押印省略としても差し支えない

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 ケーホン券なし / 2 ケーホン券あり

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
接種

実施医療機関等が所属する市区町村への請求分も、国保連に提出する場合、その該当市区町村への市区町村別請求書にはこちらに☑が記入されている。

住所地内 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

参考：予診票
(高齢者・基礎疾患を有する者・一般用)

予診票(高齢者、基礎疾患を有する者、一般用)

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印を入れてください。

住所欄に
記載されている住所

都 道 市 区 町 村
府 県

①

クーポン券
(クーポン貼付)
貼付

氏 名
姓 名
生年月日 (西暦) 年 月 日 日生 (満 歳) 男・女 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区町村と、クーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	<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()	<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()		
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) 医師署名又は記名押印

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) 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。(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、本予診票が市区町村、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 接種者又は保護者自筆

医師記入欄

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 医療機関等コード

クーポン貼付位置

※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください

医師名

③

医療機関等コード

④

接種年月日

2022年 月 日

- | No. | 項目名 |
|-----|---|
| ① | クーポン券に記載の市区町村名と「住民票に記載されている住所」の市区町村名の一致 |
| ② | 接種パターン
(<input type="checkbox"/> が塗りつぶされている場合にのみ、予診票記載上の年齢を確認)
※医療従事者等については該当項目なし
※自治体によって参考様式を使用している場合は、該当項目なし |
| ③ | 接種年月日 |
| ④ | 医療機関等コード |

ワクチン接種円滑化システム（V-SYS）
操作マニュアル（医療機関用）より抜粋

～接種実績等を報告する～

5. 接種実績等を報告する

本章では、以下の作業手順を説明します。

- ・接種実績等を報告する
- ・請求総括書・市区町村別請求書を作成する

節番	節タイトル	実施概要	実施するタイミング
5.1	接種実績等を報告する	各クールにおける接種回数及びワクチン廃棄数を報告します。	ワクチン接種後、随時実施してください（1クールにつき1回以上）。
5.2	請求総括書・市区町村別請求書を作成する	接種費用の請求の際に必要な請求総括書及び市区町村別請求書を作成する際、該当月の請求件数の入力の報告が必要になります。	当月に請求する分の実績について、原則、当月10日までの費用請求に間に合うタイミングで実施してください。

5.1 接種実績等を報告する

基本型接種施設とサテライト型（連携型）接種施設とで、実施する手順が異なります。以下の○がついている手順を実施してください。

	基本型接種施設	サテライト型（連携型）接種施設
手順1	○	○
手順2	○	○
手順3	○	○
手順4	×	○
手順5	○	○
手順6	○	○
手順7	○	○

1 「ワクチン希望量等の報告・接種実績等の報告」ボタンを押します。



接種実績の入力画面が表示されます。

2 「対象ワクチン」で、接種実績を報告するワクチンを選択します。

* 接種実績の報告は、取り扱うワクチン毎に実施します。

選択したワクチンの接種実績を入力する画面が表示されます。

「ワクチン希望量等の報告」も入力する場合は、「2.4 接種可能量・納入希望量を登録する」の手順 3～4 (p.2-15～p.2-16) を参照してください。

* 医療従事者等向けの優先接種時及びサテライト型（連携型）接種施設は、「ワクチン希望量等の報告」は実施しません。

3 「接種実績等の報告」を入力します。

3-1 「医療従事者」「高齢者施設従事者」「高齢者」「基礎疾患保有者」「その他」に接種数の累計を数字で入力します。

* 「1回目」には1回目の接種数の累計を、「2回目」には2回目の接種数の累計を入力します。

注意 必ず累計を入力してください。画面右側に、前回までの接種実績が、登録済みの内容として表示されています。登録済みの内容に今回の接種実績を加えた値を入力してください。

* 「1回目」及び「2回目」の項目を入力すると、「延べ回数」に1回目と2回目の合計数が自動入力されます。

	1回目	2回目	延べ回数	1回目	2回目	延べ回数
接種実績 (総数)	300	1000	1300	400	500	1100
医療従事者	200	300	500	100	200	300
高齢者施設従事者	100	100	400	200	0	200
高齢者	200	200	400	100	100	200
基礎疾患保有者	200	200	400	100	100	200
その他	200	200	400	100	100	200

例えば、今回の実績が1回目「100」だったとしたら、
 前回までの接種実績 (1回目)「100」+今回の実績「100」(1回目) = **「200」**を入力する

4 サテライト型（連携型）接種施設のみ サテライト型（連携型）施設で、他の医療機関から受け取ったワクチンで接種を実施している場合は、「医療機関間の融通を受けた場合」を入力します。

- * 基本型接種施設の場合は、手順5に進んでください。
- * 一度登録した情報は、次回以降の入力時にも表示されます。入力済の情報が間違っていたら、修正してください。間違っていない場合は、その情報は消さずに、「+ 報告内容を追加する」を押してから手順4-1～4-3を実施してください。

4-1 「受けた日」に、他の医療機関からワクチンを受け取った日を[yyyy/mm/dd]の形で入力します。

- * 入力欄を押すとカレンダーが表示されます。カレンダーから日付を選択することもできます。

4-2 「ロット番号」に、受け取ったワクチンのロット番号を入力します。

4-3 「バイアル本数」に、受け取ったワクチンのバイアル本数を入力します。

- * 「受けた日」や「ロット番号」が複数ある場合は、「+ 報告内容を追加する」を押します。入力欄が追加されたら、手順4-1～4-3を繰り返してください。
- * 「+ 報告内容を追加する」を押して追加した入力欄を削除したい場合は、「- 報告内容を1件削除する」を押してください。最後に追加した入力欄から削除されます。

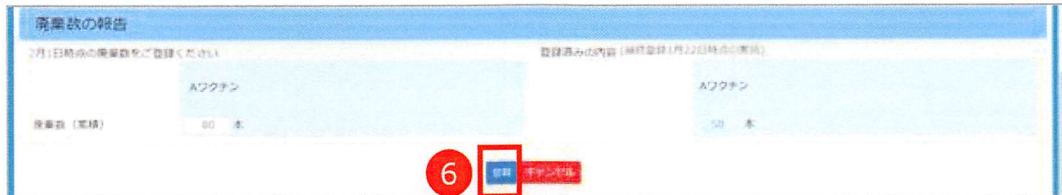
5 「廃棄数の報告」を入力します。

5-1 「廃棄数（累積）」に廃棄数の累計を数字で入力します。

- * 廃棄数とは、未開封のバイアルを有効期間切れ等の理由により廃棄した場合及び開封はしたものの1回も接種をせずに廃棄した場合に、その廃棄したバイアル本数のことを言います。開封後に1回でも接種したバイアルについては、廃棄数に含めないでください。

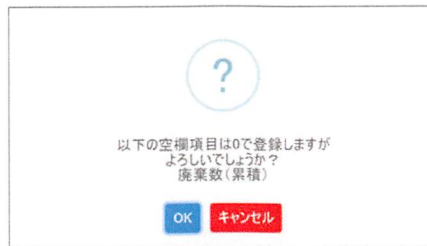
注意 必ず**累計**を入力してください。画面右側に、前回までの廃棄数が、登録済みの内容として表示されています。登録済みの内容に今回の廃棄数を加えた値を入力してください。

6 「登録」ボタンを押します。



「登録完了」画面が表示されます。

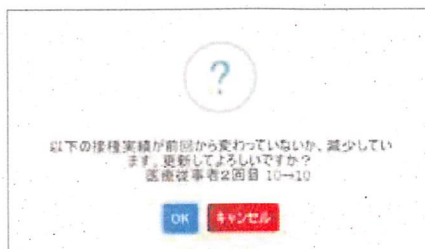
- * 空欄の項目があった場合は、確認画面が表示されます。空欄項目を「0」で登録して問題ない場合には「OK」ボタンを押してください。修正する場合には「キャンセル」ボタンを押してください。



- * 「接種実績の報告」及び「廃棄数の報告」に入力した数値が前回入力時と同じ場合、又は減少している場合には、確認画面が表示されます。確認画面に表示されている数値を確認してください。接種実績数及び廃棄数は、「累計」で入力するものです。

問題ない場合には「OK」ボタンを押すと、「登録完了」画面が表示されます。

修正する場合には「キャンセル」ボタンを押すと、接種実績を入力する画面が表示されます。手順3からやり直ししてください。



7 「ホームへ戻る」ボタンを押します。



V-SYS のログイン画面が表示されます。

接種実績の報告は、取り扱うワクチン毎に実施します。

続けて他のワクチンの接種実績を登録する場合には、改めて手順1から実施してください。

5.1 接種実績等を報告する の手順はこれで終わりです。