

福岡医発第227号(地)

令和3年 4月19日

各医師会長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一良
(公印省略)

新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種費用の請求について

今般、日本医師会及び福岡県国民健康保険団体連合会(以下「国保連合会」)より、新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種費用の請求方法について別紙のとおり周知依頼がありました。

同ワクチン接種に係る費用については、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するとされており、住所地外の医療機関等で接種を行った場合は、国保連合会に請求することとなっております。

請求方法の詳細については、別紙をご参照ください。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知のうえ、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、

- 1) 貴会において請求に必要な書類の取りまとめを予定されている場合には、別紙「診療報酬請求明細書受付簿への記載例」のとおり記載いただき、費用の請求に必要な書類と併せて国保連合会へ提出いただきますようお願いいたします。
- 2) 国保連合会に対する令和3年度の請求日程表を添付しております。

小郡三井医師会より

感染症対策担当理事 橋本朋也
会長 島田昇二郎

(健Ⅱ29F)

令和3年4月9日

都道府県医師会

感染症危機管理担当理事 殿

日本医師会感染症危機管理対策室長

釜 范 敏

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
（周知およびその2）

今般、標題について、厚生労働省より各都道府県衛生主管部（局）宛て下記二件の事務連絡がありましたのでご連絡申し上げます。

なお、新型コロナウイルスワクチン接種費用の請求については、通常は住所地内の住民分を市町村に直接請求し、住所地外の住民分を国保連に請求するとされていますが、地域によっては住所地に係らず国保連に請求する場合がありますのでご注意ください。詳細は令和3年3月31日付厚生労働省事務連絡をご参照ください。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご丁知のうえ、郡市区医師会及び関係医療機関に対する情報提供についてご高配のほどお願い申し上げます。

記

- ◆ 令和3年3月31日付「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（周知）」
 - ・ V-SYS 上での新型コロナワクチン接種費用の請求書の作成方法および市町村・国保連合会への提出方法
- ◆ 令和3年4月7日付「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（周知：その2）」
 - ・ V-SYS 上に代表者名が登録されていない場合、上記事務連絡の方法で作成した請求総括書および市町村別請求書の代表氏名欄が印刷されないので、請求総括書等を作成する前に V-SYS 上に代表者名を登録すること
 - ・ 上記作業が間に合わなかった場合は、出力された請求総括書及び市区町村別請求書の代表者氏名欄に手書きで記入すること

事 務 連 絡
令和3年3月31日

各都道府県 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省健康局健康課予防接種室

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（周知）

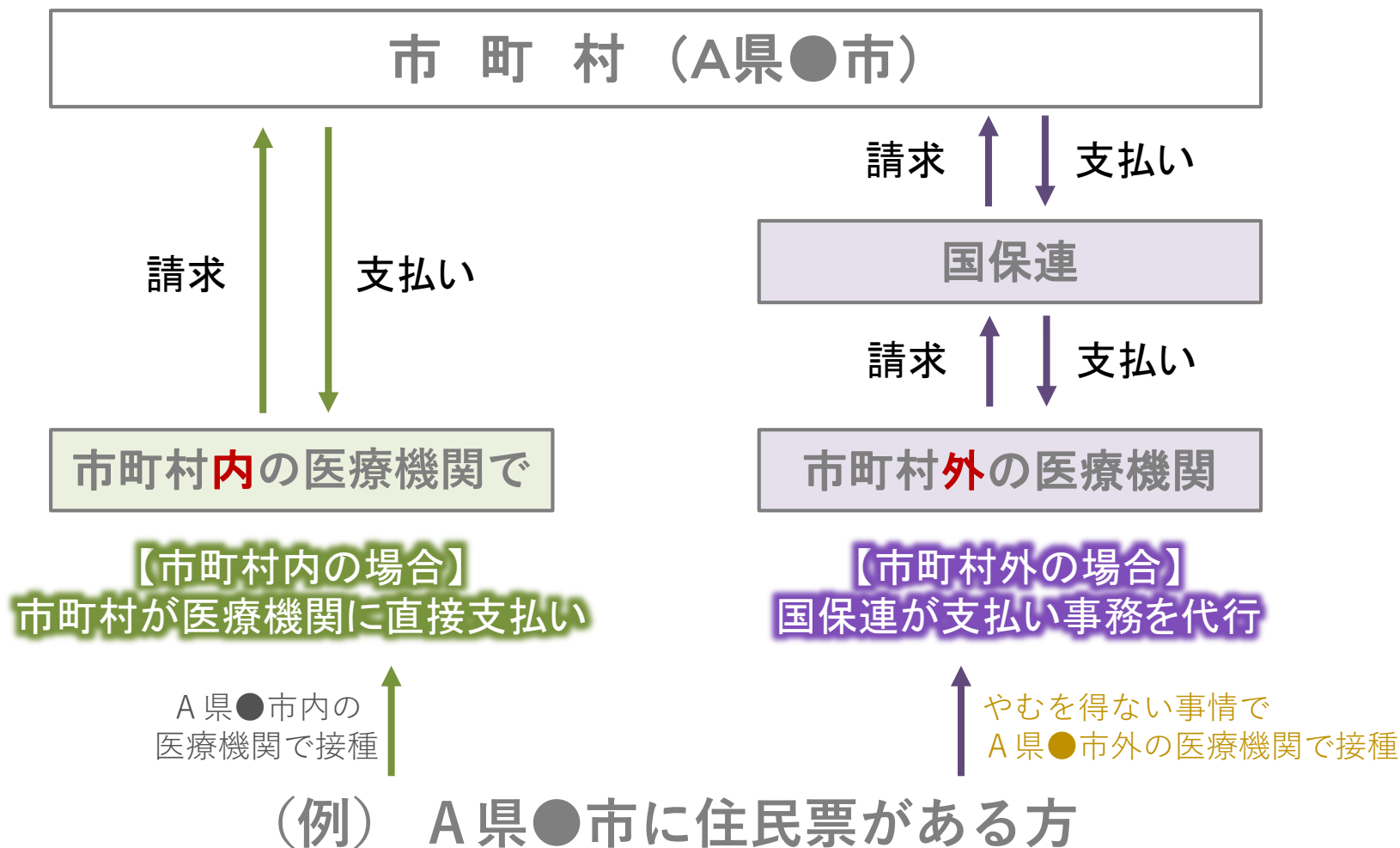
医療機関等において実施された新型コロナウイルス感染症にかかるワクチン接種費用の請求書の作成方法の詳細について、添付のとおりお知らせいたしますので、御了知いただくとともに、費用の請求をする医療機関等に速やかに周知がなされるよう、管内の市区町村及び関係団体に周知頂きますようお願いいたします。

特に、令和3年2月及び3月に接種を実施した医療機関等においては、最初の請求を4月12日までにを行う必要があることから、こうした医療機関等への速やかな周知をお願いいたします。

この内容については、追って、「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」において追記する予定であることを申し添えます。

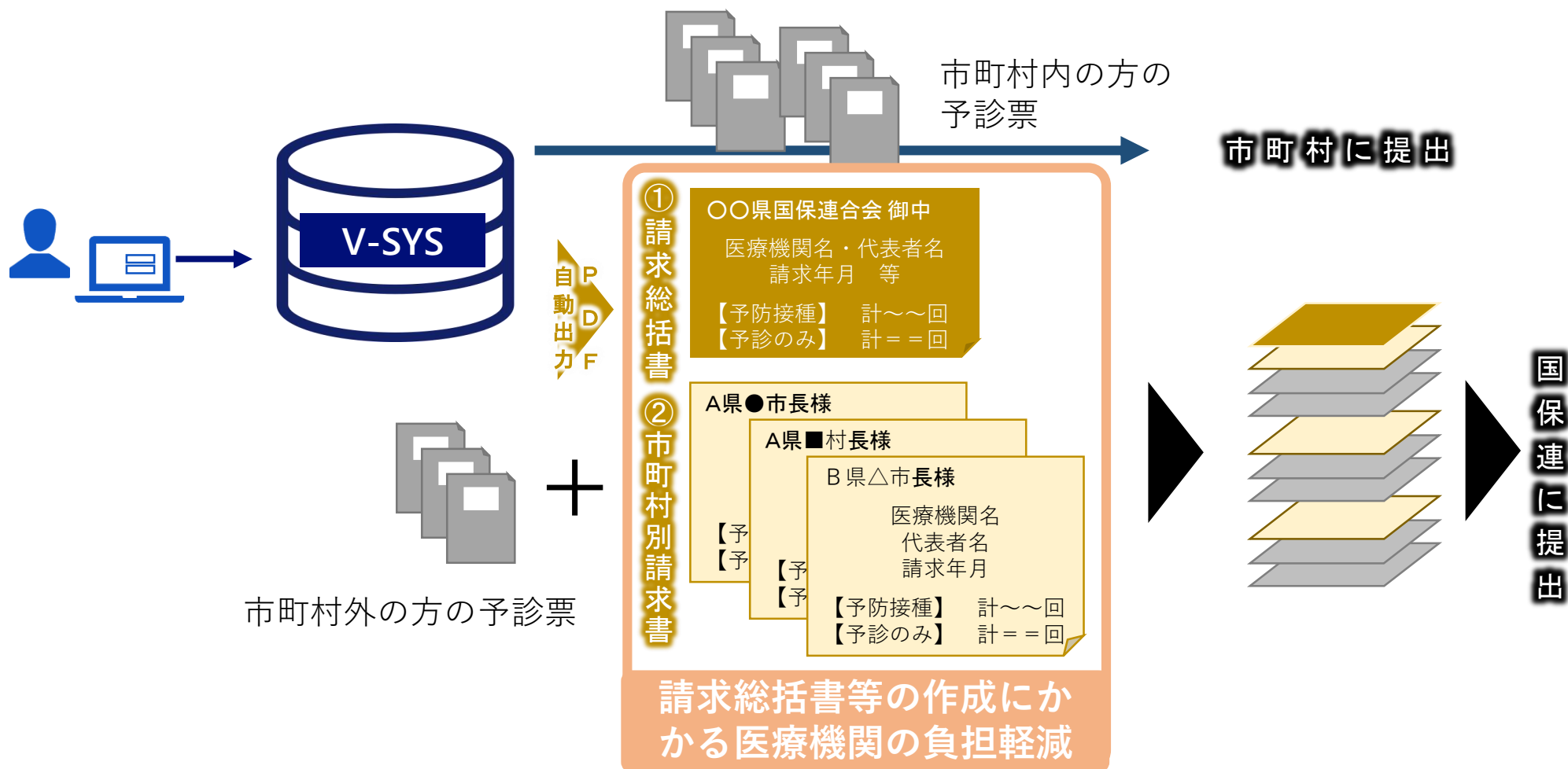
新型コロナウイルスワクチン接種の費用の請求・支払の概要

- 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・支払いする。
- 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

- 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が可能。
- 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 - S Y S 上の入力画面のイメージ

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

厚生二部:医療機関(独自予約)
所属日 2021年2月16日

千代田区A病院 この医療機関の情報をみる>

予約の受付情報の変更

☒ 予約可能 ☐ 残り少数 ☐ 予約受付不可

☐ 予約不要 ☐ 未登録

更新

ワクチン希望量等の報告・接種実績等の報告

分配量の確認

1 配送予定日

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 2

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 4

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)

5 市区町村別請求書出力 (クーポンなし分)

※交付区域内にご記入またはチェックのうえ入れてください。

住民票に記載されている住所	市町村	区町村									
フリガナ 氏名	電話番号	() - () - ()									
生年月日 (西暦)	年	月	日	性 (漢字)	男	女	医療機関の体系	療養所	在宅	施設	分

(クーポン貼付)

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ていますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	☐ はい ☐ いいえ	
現時地で住民票のある市町村に、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。	☐ はい ☐ いいえ	
「新型コロナウイルスの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	☐ はい ☐ いいえ	
接種順位の上位とあ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 □高齢者施設等の従事者 □基礎疾患を有する(病名) _____	☐ はい ☐ 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: □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() _____	☐ はい ☐ いいえ	
治療内容: □血をサラサラにする薬() □その他() _____		
この病気を除くつもりで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。	☐ はい ☐ 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() _____	☐ はい ☐ いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状() _____	☐ はい ☐ いいえ	
いけいん(ひきつづ)を起こしたことがありますか。	☐ はい ☐ 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。 重・食品などの原因になったもの() _____	☐ はい ☐ いいえ	
これまで予防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() _____	☐ はい ☐ いいえ	
現在妊娠している可能性(生理予定日)が覆れている日はありますか。または、授乳中ですか。	☐ はい ☐ いいえ	
2週間以内に予防接種を受ける場合があります。 種類() _____ 受けた日() _____	☐ はい ☐ いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	☐ はい ☐ いいえ	

以上の問診及び診療の結果、今日の接種が ☐ 可能 ☐ 見合わせ

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無償実施費制度について、説明した。
☐ 接種者は18歳未満である(該当する場合は塗りつけてください)

医師署名又は記号押印

新型コロナウイルス接種承諾書

医師の説明、説明を受け、接種の効果や副作用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)

この手置書は、接種の安全性の確保を目的としています。

年 月 日 接種簿又は引換簿番号 _____
(※接種日より前日の午後1時までに提出してください。接種当日は接種開始時刻より受付開始となります。)

この手置書上の、本手置書が有効な限り、国民健康保険料減免制度及び新型コロナウイルス感染症対策推進給付金制度において認められることとなります。

ワクチン名：ロート製薬	接種量	実施場所：医師名 接種年月日	※接種簿記載コードは接種開始日より市内に居住する方のみ記入してください。
実施場所		接種簿記載コード	
注射針に合わせてまっすぐに貼り付けてください	医師名	接種年月日	接種開始日時
(注)毎接種回が別れていへば接種回数		接種年月日	接種開始日時

202 年 月 日

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

請求書（PDF）の出力

請求書の提出

< 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。

< 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

< 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

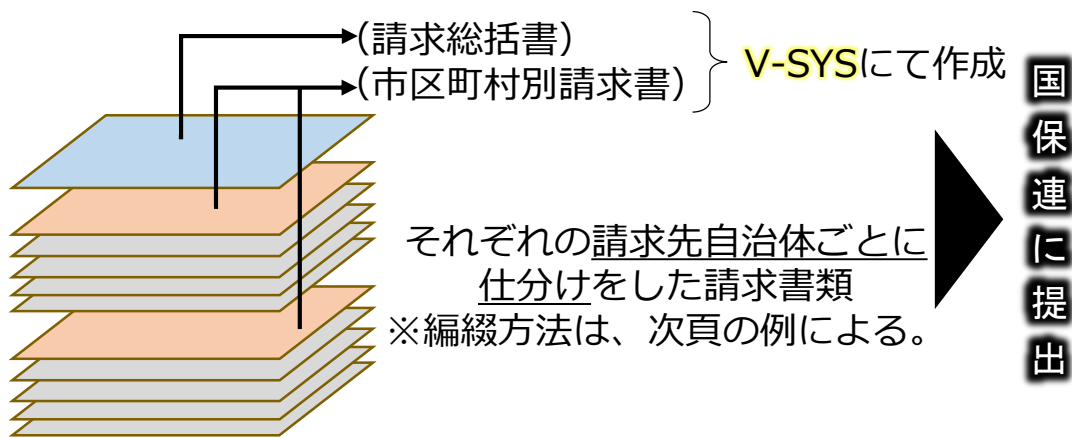
医療機関の請求方法

医療機関は、接種を受けた方の住所地別に、以下のとおり接種費用を請求する。

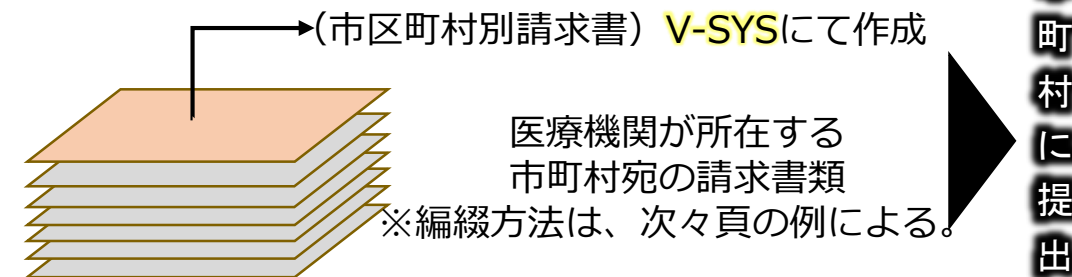
- ①通常地域：医療機関が所在する市町村以外の請求は国保連に対して、医療機関と同一市町村の請求は直接市町村へ、請求書・予診票を提出
- ②同一市町村内の請求も国保連で受け付ける地域：国保連に対して、全ての市町村分の請求書・予診票を提出

①通常地域

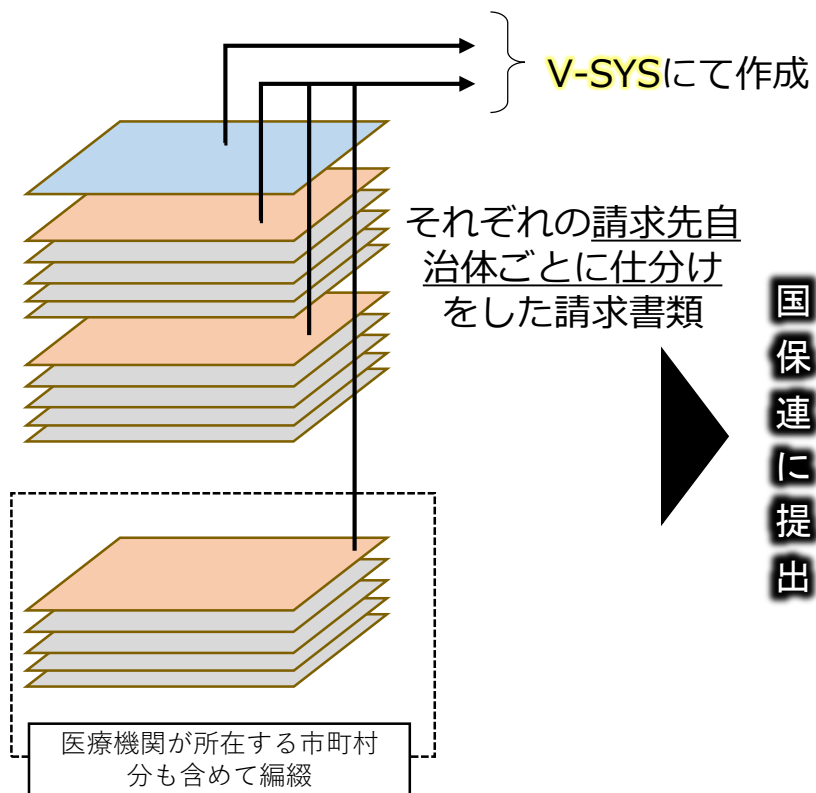
医療機関が所在する市町村以外の請求



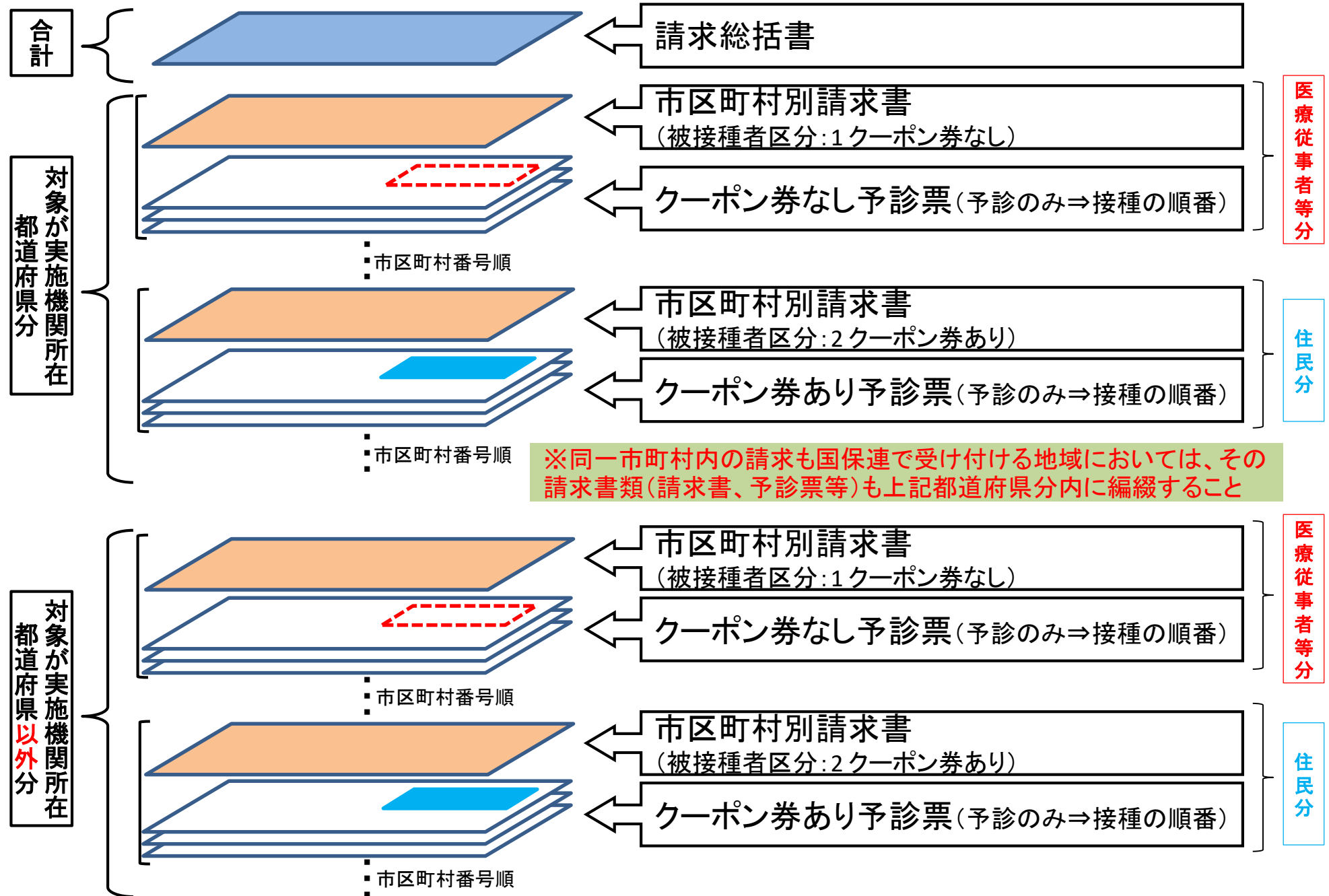
医療機関が所在する市町村の請求



②同一市町村内の請求も国保連で受け付ける地域



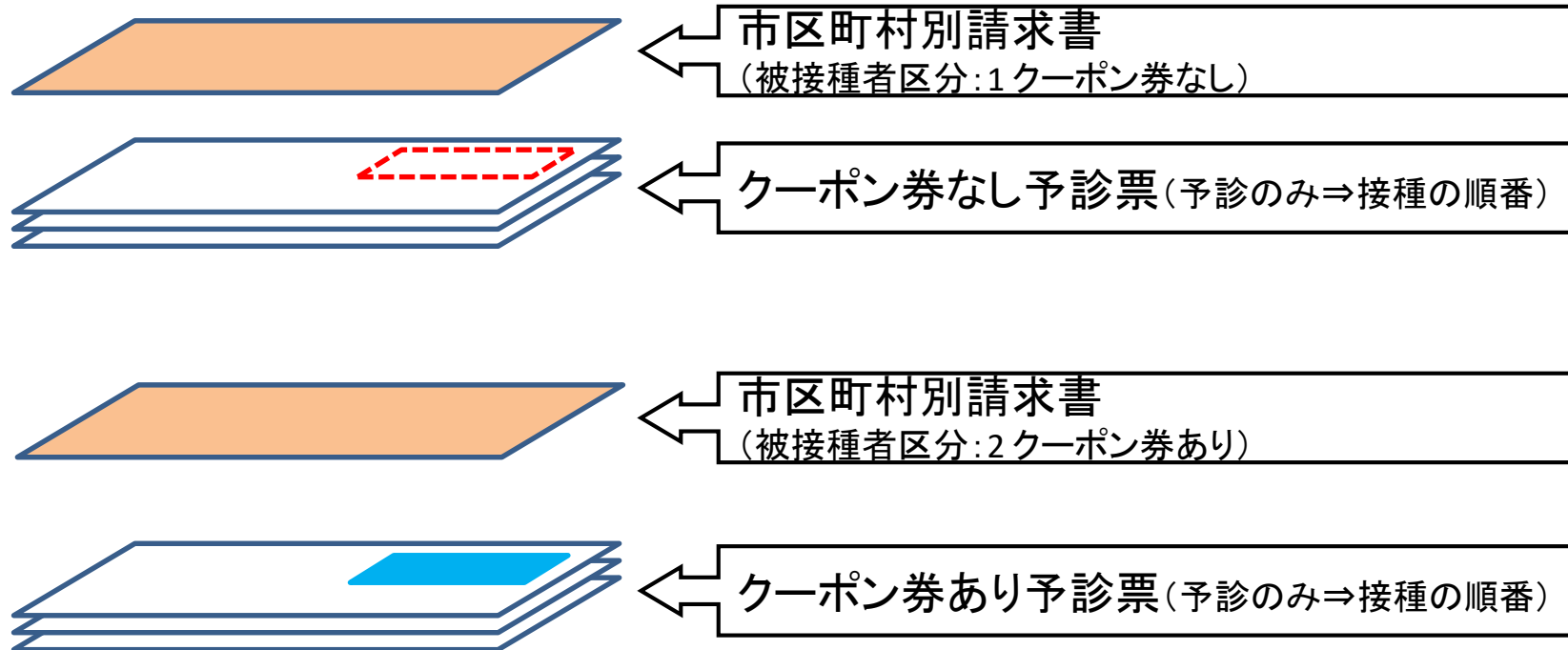
実施機関における国保連への請求時の編綴方法



実施機関における市町村への請求時の編綴方法の例

医療従事者等分

住民分



予診票のイメージ

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。			
住所(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
性別	男	女	
診察前の体温	度	分	
※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)			
質問事項			
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)			
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。			
「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。			
接種順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 ☐ 高齢者施設等の従事者 ☐ 基礎疾患を有する(病名:)			
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: ☐ 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() 治療内容: ☐ 血をサラサラにする薬() ☐ 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。			
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()			
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()			
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。			
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()			
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()			
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。			
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()			
今日の予防接種について質問がありますか。			
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。 ☐ 被接種者は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。 (※希望できない場合は医療従事者の署名を、接種後本人又は成年後見人(監事)の署名を、接種後本人又は成年後見人(監事)の署名を)			
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・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください
シール貼付位置		実施場所	医療機関等コード
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日~4月31日
(注)有効期限が切れていないが確認			2022年 月 日

接種券を貼り付ける

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。			
住所(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	(03)	
生年月日(西暦)	年	月	日
性別	男	女	
診察前の体温	度	分	
※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)			
質問事項			
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)			
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。			
「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。			
接種順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 ☐ 高齢者施設等の従事者 ☐ 基礎疾患を有する(病名:)			
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: ☐ 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() 治療内容: ☐ 血をサラサラにする薬() ☐ 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。			
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()			
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()			
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。			
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()			
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()			
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。			
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()			
今日の予防接種について質問がありますか。			
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。		医師署名又は記名押印	
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。 (※希望できない場合は医療従事者の署名を、接種後本人又は成年後見人(監事)の署名を、接種後本人又は成年後見人(監事)の署名を)			
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・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください
シール貼付位置		実施場所	医療機関等コード
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日~4月31日
(注)有効期限が切れていないが確認			2022年 月 日

接種券情報印刷済み

事 務 連 絡
令和３年４月７日

各都道府県 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省健康局健康課予防接種室

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（周知：その２）

医療機関等において実施された新型コロナウイルス感染症にかかるワクチン接種に関する費用の請求書の作成方法等について、令和３年３月３１日付け事務連絡にてお知らせしましたが、V-SYS上に代表者名が登録されていない場合、請求総括書及び市区町村別請求書の代表者氏名欄が印字されず、請求に支障を来すため、今後の対応について、下記の通りお知らせしますので、管内の市区町村及び関係団体に周知頂きますようお願いいたします。

記

- V-SYS上に登録されている医療機関の情報に代表者名が記載されていない場合は、請求総括書及び市区町村別請求書の代表者氏名が印字されないため、別添を参照の上、請求総括書等を作成する前に登録すること。
- 上記作業が間に合わなかった場合は、出力された請求総括書及び市区町村別請求書の代表者氏名欄に手書きで記入すること。

以上

V-SYS 代表者名の登録方法

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

厚生二部:医療機関(独自予約)

千代田区A病院

この医療機関の情報を見る

予約の受付情報の変更

予約可能 残り少数 予約受付不可

更新

ワクチン希望量等の報告・接種実績等の報告

分配量の確認

配送予定日の確認

国保連提出用請求総括書・市区町村別請求書の作成

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。

医療機関・接種会場の編集

申請・保存 キャンセル

▼ 情報

施設分類 1:病院

ファクシミリ

ホームページ

ディープリーザ(-75℃)(台)

ディープリーザ(-20℃)(台)

駐車場(例:10台)

納入先施設名

納入先郵便番号(000-0000)

納入先住所 中央区△△1-1-1

予約空き状況 ※ ×:予約受付不可

予約空き状況更新日時 [2021/04/04 19:47]

▼ 医療機関情報(受付システム)

保険医療機関コード 1234567890

介護保険事業所番号 0

医療機関・接種会場名 ※ ○○病院

代表者名 代表 太郎

郵便番号(000-0000) ※ 000-0000

市町村 ※ 東京都中央区

町名・番地 ※ △△1-1-1

代表電話番号 000-1234-5678

集合契約加入日 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

※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

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

※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

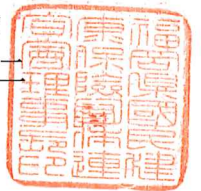
こちらに代表者名が印字されている必要があります。
※間に合わなかった場合には手書きで記入。



福国保連第689号
令和3年4月5日

福岡県医師会 会長 松田 峻一良 様

福岡県国民健康保険団体連合会
理事長 永原 譲 二



新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種費用の請求について

国民健康保険の事業運営につきましては、平素から格別のご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、厚生労働省は、新型コロナウイルス感染症による死亡者や重症者の発生をできる限り減らし、結果として新型コロナウイルス感染症のまん延の防止を図ることを目的とし、原則無料でワクチン接種を実施することとなりました。

このワクチン接種に係る費用に関して、「新型コロナワクチンの接種実施等に関する委託の集合契約」に参加いただいている医療機関に対する支払業務の一部については、厚生労働省からの依頼により、令和3年4月から各都道府県国保連合会及び国保中央会が実施することとなりました。

つきましては、各郡市区医師会において請求に必要な書類の取りまとめを予定されている場合には、別紙「診療報酬請求明細書受付簿への記載例」のとおり記載いただき、費用の請求に必要な書類と併せて本会へ提出いただきますよう各郡市区医師会へご周知お願いいたします。

〒811-8521 福岡市博多区吉塚本町13番47号
福岡県国民健康保険団体連合会
審査業務部 システム管理課 審査調整係
TEL 092-642-7831



新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種費用の
請求方法等について

令和3年4月5日版

福岡県国民健康保険団体連合会
審査業務部システム管理課

新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種費用の請求方法等について

1.概要

市区町村が実施主体となり、新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種（以下「ワクチン接種」という。）が実施されます。

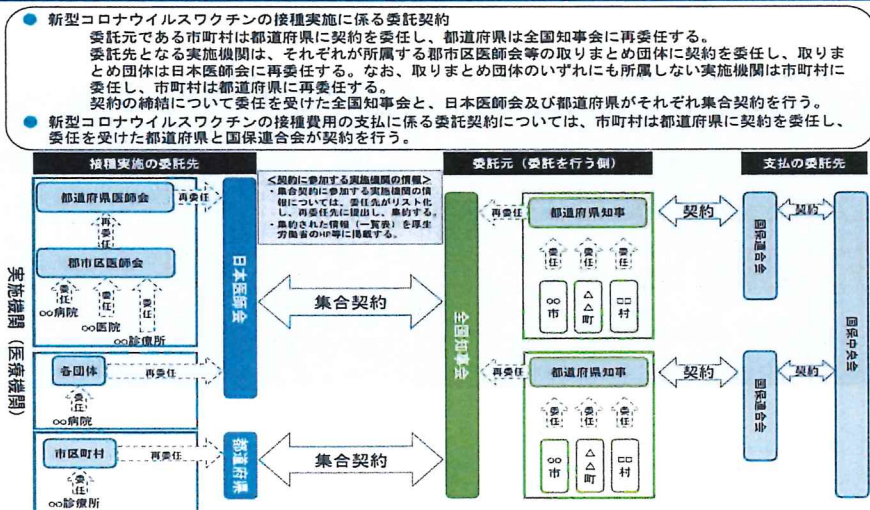
2.本事業の実施に必要な契約

本事業の実施にあたり、接種実施医療機関等（以下「実施機関」という。）と各市町村との契約が必要となるため、実施機関は、委任や再委任により日本医師会を代理人として、また、市町村は、委任や再委任により全国知事会を代理人として集合契約が締結されています。

3.集合契約への参加

集合契約に参加するには、郡市区医師会、日本人間ドック協会又は市町村等のとりまとめ団体への委任が必要となりますので、当該手続等については、郡市区医師会等のとりまとめ団体へご照会してください。

新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種の実施に関する集合契約のイメージ



とりまとめ団体一覧【令和3年2月15日時点】（順不同）

一般社団法人日本病院会	独立行政法人地域医療機能推進機構
一般社団法人日本私立医科大学協会	国立研究開発法人国立がん研究センター
公益社団法人全日本病院協会	国立研究開発法人国立国際医療研究センター
公益社団法人全国自治体病院協議会	国立研究開発法人国立循環器病研究センター
独立行政法人国立病院機構	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター
一般社団法人国立大学附属病院長会議	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター
独立行政法人労働者健康安全機構	国立研究開発法人国立成育医療研究センター
一般社団法人日本慢性期医療協会	公益社団法人日本人間ドック学会
公益社団法人日本精神科病院協会	公益財団法人結核予防会
一般社団法人日本社会医療法人協議会	一般社団法人日本総合診療医学会
一般社団法人日本医療法人協会	公益社団法人全国労働衛生団体連合会
一般社団法人地域包括ケア病棟協会	公益財団法人予防医学事業中央会
日本リハビリテーション病院・施設協会	郡市区医師会
	市区町村（※）

※ 上記のとりまとめ団体となっている医療・健康関係団体のいずれにも所属していない接種実施機関のとりまとめを行う

厚生労働省健康局作成医療機関向け手引き（第2版）を一部加筆

新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種費用の請求方法等について

4. 費用の請求の流れ

実施機関が所在する市町村以外の接種者の費用を国保連へ請求を行います。その際の手順は、以下に示すとおりです。

① 予診票を市区町村ごとにまとめておきます。

② それぞれの市区町村ごとに、コロナワクチン接種費等市区町村別請求書（以下、市区町村別請求書という）を作成します。

・請求金額の欄にはそれぞれ区分ごとに以下のとおり記載

（予防接種）

請求件数・・・当該月に行った予防接種の件数

請求金額（税込み）・・・（税抜き単価※1×消費税及び地方消費税率）×件数

※1 税抜き単価は、市区町村別請求書及び請求総括書の下部に記載されています。

③ ②で作成した市区町村別請求書をまとめたコロナワクチン接種費等請求総括書（以下、請求総括書という）を作成します。

・請求金額の欄には、②で区分ごとに記載した金額の合計をそれぞれの欄で区分ごとに記載

④ 市区町村別請求書及び請求総括書とともに、予診票を国保連へ送付します。

原則として、新型コロナウイルスワクチン接種の実施日の翌月10日までに、国保連へ必要書類を送付してください。また、請求総括書は、同一実施機関から、同一月に1枚のみ送付してください。

ただし、令和3年2月及び令和3年3月に実施した新型コロナウイルスワクチン接種費用請求は、令和3年4月10日までに、2ヶ月分の請求総括書及び市区町村別請求書を1枚にまとめて送付してください。

新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種費用の請求方法等について

請求総括書の記入例

福岡県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 健診機関等

医療機関等番号(10桁):

医療機関等名称:

10桁で記載をお願いします。

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	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

市区町村別請求書の記入例

長 杉

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

被接種者区分: 1 医療従事者 / 2 医療従事者以外

医療機関等番号(10桁):

医療機関等名称:

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	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)》

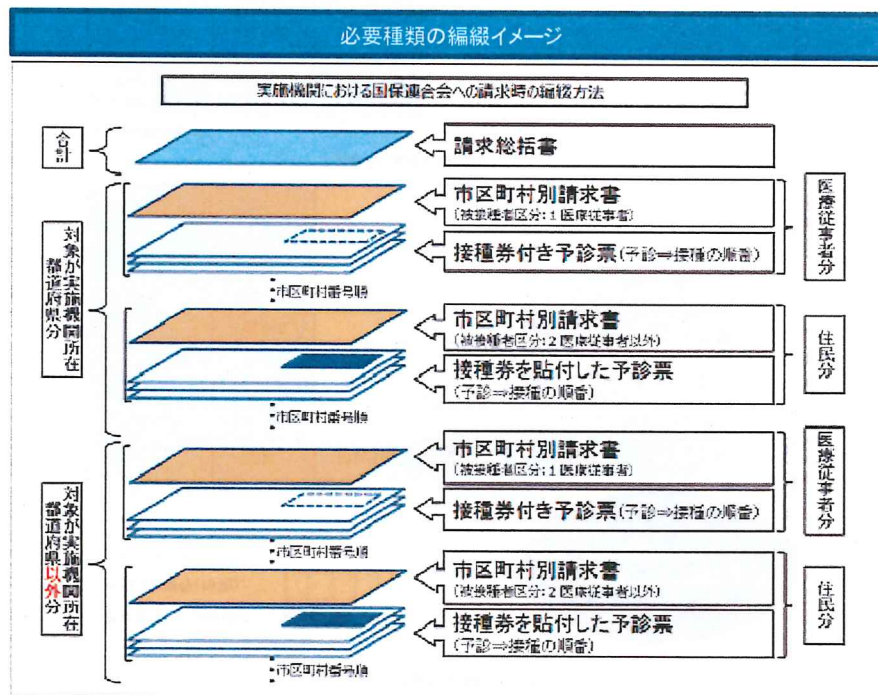
予診	6歳未満	2,200円
	6歳以上	1,540円
接種	6歳未満	2,730円
	6歳以上	2,070円

住所市内 接種分	対象
	○

※医療機関等の所在地と請求者が同一市区町村の場合はチェック

厚生労働省健康局作成医療機関・検診機関向け手引き(第2版)より抜粋

新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種費用の請求方法等について



新型コロナウイルス感染症に係る予防接種に関する資料は、厚生労働省ホームページから、ダウンロードしていただくようお願いします。

予防接種を行う医療機関向けへのお知らせ

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_iryokikanhen_oshirase.html

(令和3年2月15日現在のアドレス)



新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種費用の請求方法等について

6. 予診票等の必要書類の送付方法

①提出先

〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町13番47号 福岡県国保会館
福岡県国民健康保険団体連合会

②郵送時のお願い事項

福岡県国保連のホームページより「コロナワクチン接種予診票等送付状（郵送専用）」をダウンロードいただき、必要事項を記入しご郵送ください。なお、郵送に当たっては受付期限日（原則毎月10日）に必着をお願いします。

コロナワクチン接種予診票等送付状(郵送専用)

令和 年 月 日 (月提出分)

医療機関等コード									
4	0								

医療機関等名称	
施設	診療所
施設	クリニック

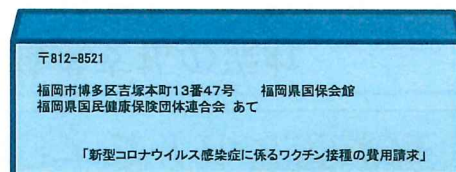
提出者名

受付印(貼)

福岡県国民健康保険団体連合会

③郵送のお願い事項(新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種の費用のみを請求する場合)

封筒に「新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種の費用請求」と記入いただきご郵送ください。なお、郵送に当たっては受付期限日（原則毎月10日）に必着をお願いします。



新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種費用の請求方法等について

7. 費用の請求支払の流れ

① 具体的な費用の請求は、以下のような手順で行われます。

- (1) 実施機関は、毎月10日までに、前月までに実施した予防接種について、請求総括書及び市区町村別請求書を作成した上で、予診票とともに所定の形式に編綴し、国保連へ送付します。
 - (2) 国保連は、受理した請求総括書、市区町村別請求書及び予診票の費用に関する内容を確認した上で、請求期日までに、市区町村に対して費用を請求します。
 - (3) 市区町村は、納入期日までに、当該請求を受けた予防接種費用等を国保連に支払います。なお、支払いの後に市区町村の確認により実施機関から請求の誤り等が判明した場合、国保連において過誤調整を行います。相殺可能な金額がない等の理由で6ヶ月内に調整できなかった場合は、市町村と実施機関が個別に調整を行うことになります。
 - (4) 国保連は、実施機関から請求のあった日の属する月の翌々月末日までに、実施機関に費用を支払います。
- 上記(1)～(4)の運用に当たっては、市区町村と各都道府県国保連の契約に従い、なお、各都道府県の国保連が、都道府県間の請求・決済の調整を行うに当たっては、その調整及び精算等事務を国保中央会が行います。

8. 費用の支払先について

本対策に係る費用の支払先は、原則として診療報酬又特定健診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コード等で登録されている）口座と同一の口座となります。

ただし、やむを得ない事情がある場合には、本対策用の支払先口座を別途指定することも可能ですが、別途指定する場合は、以下にご留意ください。

- ① 必ず所在地の国保連に問い合わせをお願いします。
- 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してください。
- ③ 集合契約に参加した月の翌月の20日までに口座情報を国保連へ返送してください。

（例：令和3年6月に集合契約に参加→令和3年7月20日までに口座情報を返送となります。）

※1 診療報酬又は特定健診の振込先として指定している口座を使用する場合、上記の手続きは不要です。

※2 口座登録用書類の様式は、下記の厚生労働省ホームページからダウンロードできます。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000116890_00001.html

新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種費用の請求方法等について

【お問い合わせ先】

〒812-8521

福岡市博多区吉塚本町13番47号 福岡県国保会館

福岡県国民健康保険団体連合会 審査業務部 システム管理課

TEL 092-642-7831

診療報酬請求明細書受付簿への記載例

令和3年3月分 国民健康保険 後期高齢者医療 診療報酬請求明細書受付簿

提出年月日： 令和 3 年 4 月 10 日

郡市名	〇〇市
地区コード	医療機関番号
XXX	001 ~ 099

(医 師 会
歯 科 医 師 会
薬 剤 師 会)

番号	件数	県外	医 保 乳 障 親	FD等	オン ライン	特 別 療 養 費	番号	件数	県外	医 保 乳 障 親	FD等	オン ライン	特 別 療 養 費	番号	件数	県外	医 保 乳 障 親	FD等	オン ライン	特 別 療 養 費
000							033							066						
001	×××	○	○			ワクチン	034							067						
002							035							068						
003	×××	○		○		ワクチン	036							069						
004							037							070						
005	ワクチン接種の請求がある場合 特別療養費欄に「ワクチン」と ご記入をお願いします。						038							071						
006							039							072						
007							040							073						
008							041							074						
009							042							075						
010	×××	○	○	○		○ ワクチン	043							076						
011							044							077						
012	特別療養費と併せてワクチン の請求がある場合 特別療養費欄に「○」をご記 入いただき、併せて「ワクチ ン」とご記入をお願いします。						045							078						
013							046							079						
014							047							080						
015							048							081						
016							049							082						
017							050							083						
018							051							084						
019							052							085						
020							053							086						
021							054							087						
022							055							088						
023							056							089						
024							057							090						
025							058							091						
026							059							092						
027							060							093						
028							061							094						
029							062							095						
030							063							096						
031							064							097						
032							065							098						
														099						

※当月分がオンライン請求の場合、オンラインの欄に○を記入してください。

令和3年度新型コロナワクチン接種費

(提出日・支払予定日)

提出月	医療機関	
	提出日	支払予定日
令和3年4月	※令和3年4月12日(月)	令和3年6月30日(水)
5月	5月10日(月)	※7月30日(金)
6月	6月10日(木)	8月31日(火)
7月	※7月12日(月)	9月30日(木)
8月	8月10日(火)	※10月29日(金)
9月	9月10日(金)	11月30日(火)
10月	※10月11日(月)	※12月28日(火)
11月	11月10日(水)	令和4年1月31日(月)
12月	12月10日(金)	2月28日(月)
令和4年1月	※令和4年1月11日(火)	3月31日(木)
2月	2月10日(木)	※4月28日(木)
3月	3月10日(木)	5月31日(火)

〔提出日について〕

令和3年4月、7月、10月、令和4年1月については、10日が土日祝日のため、翌業務日の提出分(到着分)まで受付します。

〔支払予定日について〕

・令和3年7月、10月、12月、令和4年4月については、末日が土日祝日のため、その前の銀行営業日に支払いとなります。