

新型コロナウイルスワクチン接種に係る費用請求
(住所地外接種分) について

令和3年4月22日

千葉県国民健康保険団体連合会



1 本会で実施する支払事務の概要

■ 概要

➤ 本会への請求対象

被接種者が**住民票所在地外にある医療機関等で予診や接種を受けた場合**の予診費用及び接種費用

<請求例>

千葉県 A 市の医療機関等の場合

千葉県 A 市の住民の接種費用⇒医療機関等は A 市へ費用請求。

千葉県 B 市の住民の接種費用⇒医療機関等は本会へ費用請求。

➤ 接種費用

・予診のみ費用・・・税込1,694円（税抜1,540円）

・接種費用　　・・・1回目2回目ともに税込2,277円（税抜2,070円）

※参考 6歳未満の乳幼児に実施される場合は、予診のみ費用・接種費用いずれも税込726円（税抜660円）が加算されます。

1 本会で実施する支払事務の概要

■ 概要

➤ 医療機関等からの請求時期

接種を実施した日の属する月の翌月 10日まで（10日が土曜日、日曜日又は祝日の場合、これらの日の翌日）

※令和3年2月実施分及び同年3月実施分については、令和3年4月1日から同月12日までにご請求ください。

上記締切以降に到着した請求書類については、当月受付が困難なため、締切を厳守いただくようお願いいたします。

➤ 住所地外接種分請求書類の送付先

〒263-8566

千葉県稲毛区天台6丁目4番3号

千葉県国民健康保険団体連合会

業務第一部 管理課 審査システム係

※新型コロナウイルスワクチン接種に係る請求書類については、診療報酬等の紙レセプトとの混在を避けるため別封筒とし、封筒おもて（レターパック等の場合は「品名欄」）に「新型コロナウイルスワクチン接種費用請求書在中」等と朱書きしてください。

（本会ホームページに請求書類送付の宛名ラベル用ファイルを掲載しておりますのでご活用ください。）

1 本会で実施する支払事務の概要

■ 概要

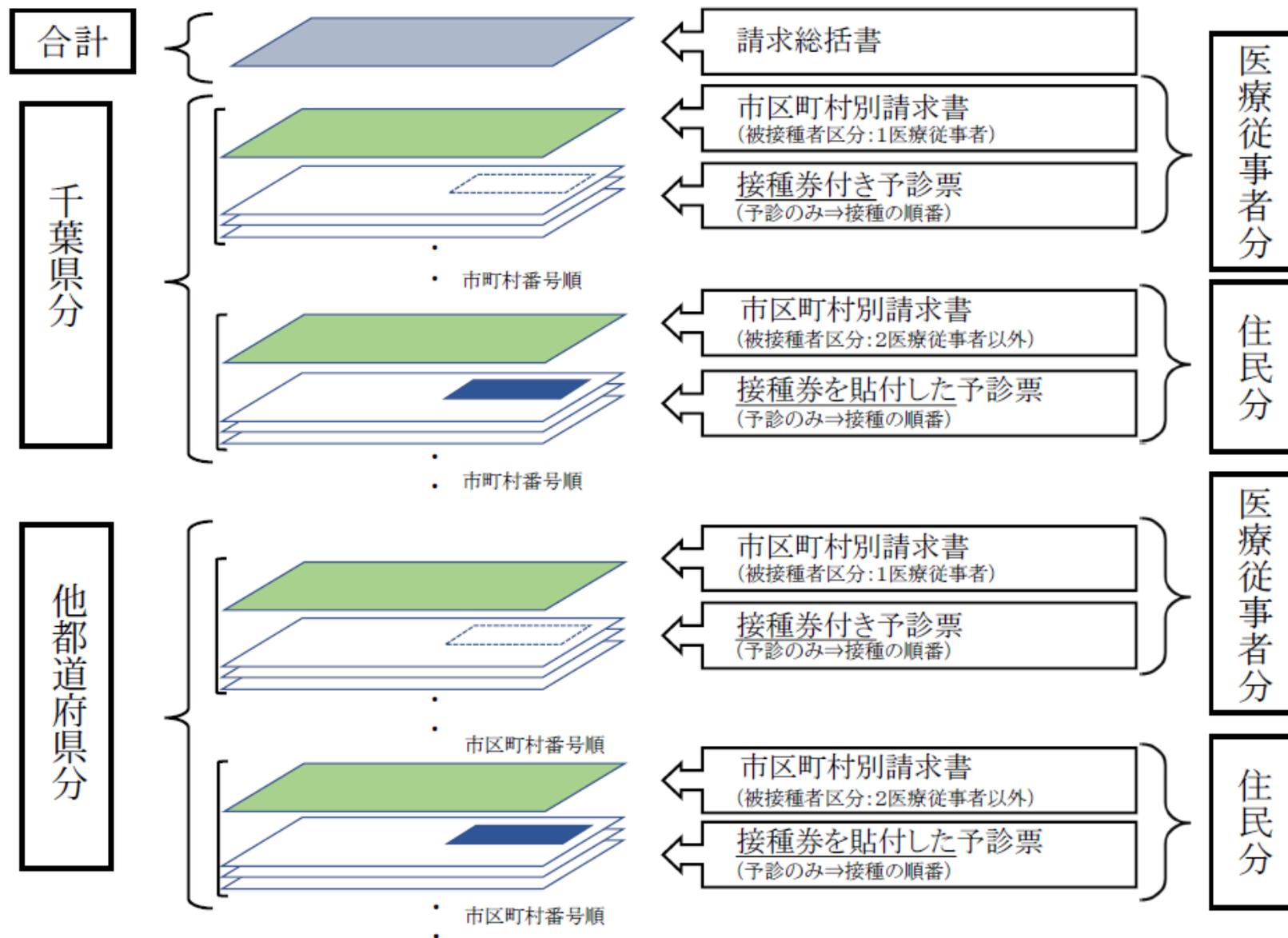
➤ 本会への請求書類

- ・請求総括書（医療機関毎に1枚）
- ・市区町村別請求書（市区町村番号毎かつ被接種者区分毎にそれぞれ1枚）
- ・予診票（対応する市区町村別請求書に添付）

※1：編綴方法は次ページを参照ください。

※2：請求総括書及び市区町村別請求書は請求する月単位で作成してください。
（月遅れ請求についても請求件数に含めて請求してください。）

1 本会で実施する支払事務の概要



本会への請求書類の編綴イメージ

1 本会で実施する支払事務の概要

■ 概要

➤ 医療機関等への支払時期

医療機関等から本会へ請求のあった日の属する月の翌々月25日まで（25日が土曜日、日曜日又は祝日の場合、その日前において最も近い土曜日、日曜日又は祝日でない日）

※1：令和3年4月請求（令和3年2月実施分及び3月実施分）については、令和3年6月25日振込となります。

※2：振込先の口座凍結等により、支払ができなかった場合等については、支払が遅れる可能性があります。

※3：請求内容に不備があった場合、請求書類を返戻し、再度ご請求いただく場合があります。

➤ 医療機関等への振込先

・診療報酬又は特定健診等の振込先として指定している口座（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）となります。

・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口座（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）となります。

※やむを得ない事情により、別の支払先口座を指定する場合は、本会へお問い合わせいただき、「様式5－2 口座変更時の国保連への提出書類」を記載の上、本会に送付してください。

（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可能です。）

なお、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本会に報告してください。

1 本会で実施する支払事務の概要

■ 概要

➤ 本会から医療機関等へ送付する帳票

下記の帳票を送付いたします。（送付時期：請求月の翌々月上旬）

★送付帳票（いずれも該当がある場合のみ送付）

- ・振込通知書
- ・SNCVT0008_支払額内訳書【コロナワクチン接種費等】
- ・SNCVT0010_返戻通知書【コロナワクチン接種費等】
- ・SNCVT0014_医療機関等向け調整結果通知書【コロナワクチン接種費等】
- ・返戻となった予診票等

2 留意事項

■ 本会への請求について

➤ **本会で取り扱うのは、住所地外接種分のみとなります。**（本資料 1 ページ参照）

住所地内接種分は当該市町村へ直接ご請求、もしくは当該市町村から指定された請求先へご請求ください。

※近接する複数市町村で一体となって接種体制を構築する場合の請求先は市町村へご確認ください。

➤ 実施に関する詳細は「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」（厚生労働省ホームページに掲載あり）をご参照ください。

2 留意事項

■ 請求書類の作成について

- 請求総括書及び市区町村別請求書は、OCRシステムまたはエントリシステム（パンチ入力）での入力を考慮し、様式を遵守してください。
（V - S Y Sでの出力となるので、出力される様式から変更は行わないでください。）
- 医療従事者分の予診票については、「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」に記載の手順でご準備いただき、ご対応いただくようお願いいたします。
- 医療従事者以外分の予診票を医療機関等にて作成される場合、本会での処理に影響する恐れがあるため、様式を遵守してください。
（予診票の様式変更は行わないでください。）
- 予診票の作成にあたり、やむを得ず複写式の紙を使用する場合は、「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」に記載の様式を遵守してください。
- 請求書類の作成にあたっては、9ページから12ページに記載している項目の記載漏れ等にご注意ください。

2 留意事項

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

④ 施設等区分: 1
 ⑤ 医療機関等番号(10桁):
 ⑥ 医療機関等名称: 〇〇クリニック

20 年 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
	⑭

※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

①～⑬の項目については、V-SYSから出力する際に記載されます。

本会への請求は住所地外接種分のみとし、⑭には☑が入っていない状態でご請求ください。

請求総括書イメージ

2 留意事項

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 ②
代表者氏名 ③
電話番号 ④

コロナワクチン接種費等 市区町村別請求書

⑤ 被接種者区分: 1 ケーボン券なし / 2 ケーボン券あり
⑥ 医療機関等番号(10桁):
⑦ 医療機関等名称 : 〇〇クリニック

20 年 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		

↑ 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 ⑮
-------------------	---------

※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

①～⑭の項目については、V-SYSから出力する際に記載されます。

住所地内接種分（⑮に☑の入るもの）については、医療機関等が所在する市町村に直接ご請求ください。

市区町村別請求書イメージ

2 留意事項

(医) 新型コロナワクチン接種の予診票 (1回目)

※入枠内にご記入またはチェックを入れてください。

券種	2	ワクチン接種	1	回目
請求先	東京都港区		131032	
券番号				
氏名	厚労 花子			
所属機関 〇〇クリニック(〇〇市医師会)				

①

住民票記載されている住所	東京都 港区 〇〇区2丁目2-1	②
フリガナ	コウロウ ハナコ	
氏名	厚労 花子	
生年月日(西暦)	1970年01月30日	日生(満〇〇歳) <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
診察前の体温	〇〇度	〇〇分

②

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() 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	
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(<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健康被害救済制度について、説明した。	医師署名又は記名捺印	

③

④

医師記入欄

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。

接種者又は保護者自筆
年 月 日

医療機関等コード

接種年月日 ※記入例) 4月1日~04月01日

202 年 月 日

①について、クーポン券なし予診票(クーポン券部分が印字された予診票)を持参した被接種者に対して、予診の結果、接種を行わなかった場合については、券種欄の「2」と「ワクチン接種」を二重線で削除した上で、欄外(上部)に「1」を記入してください。

※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」を参照ください。

②について、クーポン券貼付位置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をご確認ください。

③について、医療機関等コードは10桁でご記載ください。

また、介護保険施設については10桁の介護保険事業所番号を記載してください。

※10桁の医療機関等コードの記載の詳細については、「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」を参照ください。

★医療機関等コード記載例

1	2	1	1	2	3	4	5	6	7
都道府県番号 点数表				地方厚生局において指定される7桁のコード					
(千葉県は12)番号									

※点数表番号は「1」が保険医療機関(医科)、「2」が保険医療機関以外の健診・保健指導機関となります。

④について、接種年月日(予診のみの請求の場合は予診の実施日)をご記載ください。

予診票(医療従事者用)イメージ

2 留意事項

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	①
フリガナ	()	()	
氏名	電話番号	()	
生年月日(西暦)	年	月	日
生(満)	歳	診察前の体温	度 分

クーポン券貼付

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() 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	
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せんか。 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)

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18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
保険者自署

(※自由でない場合は保険者が署名し、代理人氏名及び被接種者との捺印を記載)
(※被接種者が18歳未満の場合は保護者署名、未成年後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

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
シール貼付位置	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ml	医師名	接種年月日(※記入例) 4月1日→04月01日
※枠に合わせてまっすぐに貼付けてください (注)有効期限が切れていないか確認			202 年 月 日

①について、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をご確認ください。

②について、医療機関等コードは10桁でご記載ください。

また、介護保険施設については10桁の介護保険事業所番号を記載してください。

※10桁の医療機関等コードの記載の詳細については、「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」を参照ください。

★医療機関等コード記載例

1	2	1	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

都道府県番号 点数表
(千葉県は12) 番号

地方厚生局において指定される
7桁のコード

※点数表番号は「1」が保険医療機関(医科)、「2」が保険医療機関以外の健診・保健指導機関となります。

③について、接種年月日(予診のみの請求の場合は予診の実施日)をご記載ください。

予診票(高齢者、基礎疾患を有する者、一般用)
イメージ

2 留意事項

■ その他留意事項

- 本資料に記載の内容は、今後変更となる可能性があります。
今後、本会ホームページに新型コロナウイルスワクチン接種に係る費用請求に関する医療機関等向けページを掲載いたしますので、併せてご確認ください。
- 今後、「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」が更新となる場合がありますので、随時厚生労働省ホームページをご確認ください。

參考資料

